313
مارس
2005





سيكولوجية المقامر

● التشخيص والتنبؤ والعلاج

تأليف: د. أكرم زيدان

سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب - الكويت



بدة الفنون عالم الفكر الثقافة العالمية عالم المعرفة ابداعات عا













أحدث الإصدارات الدورية



سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب - الكويت

صدرت السلسلة في يناير 1978 بإشراف أحمد مشاري العدواني 1923-1990



سيكولوجية المقامر

التشخيص والتنبؤ والعلاج

تأليف: د. أكرم زيدان





سلسلة شهرية يصدرها

المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب

سعر النسخة

الكويت ودول الخليج	دينار كويتي
الدول العربية	ما يعادل دولارا أمريكيا
خارج الوطن العربي	أربعة دولارات أمريكية

الاشتراكات

دولة الكويت

للأفراد	**15** د.ك
للمؤسسات	**25** د.ك

دول الخليج

للأفراد	**17** د.ك
للمؤسسات	**30** د.ك

الدول العربية

للأفراد	**25** دولارا امريكيا
للمؤسسات	**50** دولارا امريكيا

خارج الوطن العربي

للأفراد	**50** دولارا أمريكيا
للمؤسسات	**100** دولار أمريكي

تسدد الاشتراكات مقدما بحوالة مصرفية باسم المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب وترسل على العنوان التالي:

السيد الأمين العام

للمجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب

ص.ب: *28613* ـ الصفاة ـ الرمز البريدي *13147*

دولة الكويت

تليفون : ٢٤٣١٧٠٤ (٩٦٥)

فاكس : ٢٤٣١٢٢٩ (٩٦٥)

الموقع على الإنترنت:

www.kuwaitculture.org.kw

ISBN 99906 - 0 - 157 -7

رقم الإيداع (٢٠٠٥/٠٠٠٠٥)

سيكولوجية المقامر

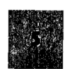
التشخيص والتنبؤ والعلاج

طبع من هذا الكتاب ثلاثة وأربعون ألف نسخة

مطابع السياسة ـ الكويت

المحرم ١٤٢٦ ـ مارس ٢٠٠٥


المحتوى
المحتوى



مدخل

إن في المقامرة شيئا من كل شيء، ففيها شيء من الجنون والمرض، وشيء من العقل والجنس والجسد، وكذلك شيء من خصائص الشخصية، بل والإدمان أيضا، فهي ظاهرة مركبة تحمل طابعَ موجودٍ يظن أنه لن يصبح إنساناً بحق إلا إذا تحدى القدر وخاطر بنفسه ومات على أعتاب الموائد الخضراء.

والمقامر لا ينظر إلى المقامرة على أنها مجرد لعبة، بل ضرب من الديانة أو العبادة، لكنها ديانة من نوع غريب وشاذ ومريض، تكاد ترى فيها المقامر يموت يوما بعد يوم حينما يحاط بالأمل والألم، ويضع الحيل وينسج الأكاذيب التي يقترن بها أمل النجاح وخشية الفشل، ذلك لأنه دائما في حالة من الترقب لأن تهبه المقامرة يوما ما سعادته.

إن طرح مشكلة المقامرة وسيكولوجية المقامر المرضي تقودنا بالضرورة إلى قضايا سيكولوجية قلما يتطرق إليها البحث بالدراسة والتحليل ، وذلك مثل سلوك المخاطرة واشتهاء المثير، والغرائز الجزئية، والانتحار، ووهم القدرة على التحكم.

«يبدو المقامر كـ «فزورة» في داخل مشكلة في قلب لغز. فمن الوهم والجنون كانت مصيبته، من الوهم أحب المقامرة، ومن الجنون أن قام بممارستها»

المؤلف



كما أن عرض سيكولوجية المقامر يجعلنا نعيد النظر في الكثير من قضايا علم النفس، خاصة فيما يتصل بنظرية التوافق، فإذا كان التوافق هو خفضا من حدة المثير، أو إزالة الاستثارة، فإن التوافق لدى المقامر هو جلب للاستثارة والعمل على زيادة حدتها.

وترجع أهمية هذا الكتاب، والمبررات التي دعتنا إلى تأليفه إلى أنه ـ في حدود علمي المتواضع ـ لا يوجد كتاب عربي واحد قد ناقش ظاهرة القمار، وأن المكتبة العربية في حاجة إلى كتاب يناقش هذه الظاهرة، فلم تحظ المقامرة وسيكولوجية المقامر باهتمام الكتاب والباحثين، اللهم إلا في مقالات محدودة جدا، فأصبح الاهتمام بها مجرد حديث يتجاذبه رجالات التربية والتعليم والدين، دون أن يحاولوا إثارة المشكلة بأسلوب علمي بحثي. لذا لم يكن من قبيل المصادفة أن تكون سيكولوجية المقامر آخر مادة سيكولوجية تتناولها أقلام الباحثين والكتاب العرب.

وعلى الرغم من النقص الكبير الذي تعانيه المكتبة العربية في سيكولوجية المقامر، فإن هناك اهتماما علميا كبيرا في الغرب بدراسة المقامرة وسيكولوجية المقامرة. ويبدو هذا الاهتمام تحديدا في الولايات المتحدة الأمريكية وأستراليا، ويتمثل في إنشاء المراكز والمؤسسات العلمية المعنية فقط بدراسة المقامرة، مثل مؤسسة أريزونا للمقامرة القهرية، ومؤسسة نيفادا للمقامرة المشكل... إلخ.

وقد بلغ الاهتمام العلمي بالمقامرة وسيكولوجية المقامر أقصى درجاته في الولايات المتحدة الأمريكية، من خلال الدوريات والمجلات العلمية التي تصدر شهريا وأسبوعيا عن المقامرة، مثل: «مجلة سلوك المقامرة» Journal of gambling behavior، والمجلة التي تصدر في سدني بأستراليا، تحت عنوان: «مجلة الرابطة الدولية لدراسات المقامرة» National Association for gambling studies، بالإضافة إلى التقارير التي تصدر أسبوعيا حول المقامرة تحت عنوان: التقارير التربوية الأسبوعية لإدمان المقامرة Weekly Addiction Gambling Education Report (The WAGER).

وتهتم الرابطة الأمريكية للطب النفسي بإصدار الدليل التشخيصي الإحصائي للمقامرة المرضية (DSM)، حتى وصلت إصداراتها إلى الدليل التشخيصي الرابع، وفي أستراليا نجد معاهد كثيرة ومتنوعة لدراسة المقامرة من جوانبها المختلفة، فهناك معاهد لدراسة المقامرة من الناحية النفسية، وأخرى تتناولها من جوانبها الاجتماعية والاقتصادية ومعاهد تتناولها من الجوانب السياسية والتاريخية.

والحقيقة أن انعدام الدراسات والكتب العربية عن سيكولوجية المقامر، قد يرجع إلى أن الظاهرة ـ لدينا نحن العرب ـ تعمل في الخفاء ويُنظر إليها من منظور الجريمة فقط لا من منظور المرض، فالمقامرة من وجهة نظر الكثيرين جريمة تستوجب العقاب وليست مرضاً يتطلب العلاج، وهذه النظرة تجعل من الصعوبة بمكان تناول المقامرين بالدراسة والتحليل. كما أن هناك صعوبة أخرى تتمثل في أن المقامرة من الظواهر المركبة التي يتداخل فيها العديد من العوامل النفسية والاقتصادية والاجتماعية والتربوية والدينية والقانونية، بل السياسية أيضا، وتتصل كذلك بعلم الأمراض والإدمان، ناهيك عن التنوع والصعوبة في تعريفات المقامرة ذاتها، فهناك المقامرة المرضية، والمقامرة المُشكل، والمقامرة القهرية، والمقامرة الاجتماعية، ومقامرة المحترفين، ومقامرة الهواة، والمقامرة ذات المستوى الأول والثاني والثالث. وسوف نركز في هذه السطور المتواضعة على المقامرة المرضية، فكل أنواع المقامرة تندرج تحت مفهوم المقامرة المرضية باستثناء المقامرة الاجتماعية.

ومن ناحية أخرى، تبدو الصعوبة في دراسة سيكولوجية المقامر في تنوع الديناميات النفسية له، هذا التنوع الذي يؤدي إلى كثير من الخلط في البناء الفوقي لشخصيته، لكن سرعان ما يختفي هذا الخلط بتحليل البناء التحتي للمقامر، والنظر للظاهرة من مدلول الباطن لا من المحسوس الظاهر، حتى نجد أنفسنا قد التقينا عند نقطة واحدة مؤداها أننا أمام «مريض». وهذا ما سوف نحاول تناوله في هذا الكتاب.

وإذا كان الباحثون والكتاب الأجانب قد عرضوا للمقامرة باستفاضة، فإن الكثير من هذه الكتابات والدراسات قد تناقضت في الكثير من نتائجها، وذلك لأن بعض الباحثين تناولوا المقامرة من حيث علاقاتها الهامشية بالنواحي الاقتصادية والاجتماعية من دون أن يركزوا على العوامل النفسية، وبخاصة المرضية منها، فتناول الجانب السيكولوجي لظاهرة مثل المقامرة يعد المسار الصحيح لرصدها وفهمها وتفسيرها وصولا إلى علاجها. فقد وقر في نفوس كثير من علماء الغرب أن تناول ظاهرة المقامرة لا يكون إلا بالنظر للجوانب الاقتصادية والاجتماعية، بينما رأى آخرون ضرورة الاهتمام بالنواحي الأخلاقية والفسيولوجية ووضع نموذج طبي للمقامرين يتيح الفرصة لعلاجهم.

وإذا كنا نركز على دراسة المقامر من الناحية السيكولوجية فهذا ليس تحيزا لأن طبيعة الظاهرة وديناميتها نفسية في المقام الأول، وهو ما نحاول دراسته في هذا الكتاب بشيء من الموضوعية العلمية التي هي في نهاية المطاف (الفطنة إلى حتمية الذاتية).

وسيحاول هذا الكتاب أن يفرق بين الجانب العلمي النظري للظاهرة والجانب العملي التطبيقي لها. فعلى الرغم من الاهتمام الكبير بالمقامرة وسيكولوجية المقامر لدى الغرب، فإن اهتمام الباحثين غالبا ما كان ينصب حول نظريات المقامرة، دون النظر إلى مشكلات المقامر واضطراباته الذاتية. هذا بالإضافة إلى النظر للمقامرة على أنها ظاهرة أحادية الجانب، في حين أنها ظاهرة مركبة تتطلب فهم الديناميات النفسية للمقامر. وقد أدى ذلك لحدوث فجوة بين الدراسات التجريبية والتفسيرات النظرية، فأصبحت نتائج الدراسات السابقة لا تسير بالقدر الكافي مع التفسيرات النظرية، وهو ما نحاول تلافيه في هذا الكتاب من خلال تناول الظاهرة من منظور دينامي لا يقف عند حد الرصد فقط، بل يشمل الفهم والتفسير والعلاج أيضا.

ويحاول هذا الكتاب أيضا معرفة بعض الجوانب والديناميات النفسية للمقامر المرضي من خلال تناول الظاهرة تاريخيا، وعرض النظريات السيكولوجية الخاصة بالمقامرة، وصولا إلى التشخيص بشقيه: التصنيفي والدينامي، إلى أن نصل في النهاية إلى علاج المقامرة المرضية من خلال أنسب طرق العلاج النفسي لها.

ومن خلال ماتقدم، نحاول في السطور التالية التعرف على طبيعة المقامرة لمعرفة ما إذا كانت سببا أو نتيجة؟ وهل يقامر الفرد من أجل المال، أو أنه يحتاج إلى المال لكي يقامر؟ ولماذا يقامر الإنسان؟ وما أسباب المقامرة؟ وما الذي يجنيه المقامر من وراء المقامرة؟ ولماذا تؤدي المقامرة إلى بعض الديناميات النفسية دون غيرها، مثل سلوك المخاطرة وارتفاع معدلات الغرائز الجزئية بأبعادها الأربعة (السادية - المازوخية - الاستعراضية - النظارية)، وكذلك ارتفاع معدلات الانتحار واضطرابات الشخصية؟

د. أكرم زيدان

I

المقامرة: نظرة تاريخية

إن تاريخ المقامرة قديم قدم الإنسان نفسه، فإذا كانت المدنية الحديثة قد جعلت من المقامرة ممارسة جماهيرية شاملة، وزودتها بالوسائل التكنولوجية الحديثة، فإنها ـ كسلوك بشري ـ عريقة في القدم، فالحفريات المتوالية، والآثار المتوافرة إلى الآن، تدل على وجود المقامرة في أعماق التاريخ، وفي مختلف الحضارات العريقة.

وتاريخ المقامرة القديم مع العوامل النفسية التي تصاحبها، يشيران إلى أن المقامرة ليست سلوكا بسيطا معزولا، فأكثر ما ترتبط المقامرة في المجتمعات البدائية بالسحر والأرواح الشريرة والرعب والخوف من المجهول والاعتقاد بالقوة الخارقة، وبما وراء الطبيعة. ففي الحضارة المصرية القديمة وجدت قطعة نرد في أحد قبور الفراعنة المصريين يعود تاريخها إلى ثلاثة آلاف سنة قبل الميلاد، وفي الحضارة الرومانية القديمة وجدت آثار رومانية متعددة، حيث يذكر المؤرخون الموثوق بهم، حكايات طريفة ومذهلة عن المقامرة، فالمؤرخ «تاسيتوس» مثلا

«لكل إنسان غلطة واحدة على الأقل، أما أن تكون مقامرا فهذه غلطة العمر كله، لأنك تستمر يوما بعد يوم في خسارة، فقد تعطيك المقامرة اليوم، وتعذبك غدا، وتفضحك بعد غد، وتنال منك وتجعلك تتقاعد مع الخاسرين طوال العمر»

المؤلف



يذكر أن قبائل الجرمان الأوائل كانوا يراهنون على زوجاتهم وأطفالهم، وحتى على أنفسهم، والخسارة تؤدي بهم إلى الرق والعبودية، وكذلك تفعل بعض القبائل الأفريقية مثل «الزوني» «والزولو»، كما وجد القمار في الفرس القديمة والهند واليونان.

ولعبة النرد قديمة جدا يؤرخ لها «هيرودوتس» منذ أيام الليديين، ووجدت في إنجلترا بعد احتلال الرومان لها، وقيل إن الإمبراطور الصيني «ياو» ابتكر ألعاب الحظ منذ ألفين ومائة سنة قبل الميلاد. ومن طريف الأفكار البدائية المتعلقة بالمقامرة وسحرها أنها استعملت علاجا للمرض العقلي، الذي أصيب به الملك شارل السادس ملك فرنسا العام ١٣٩٢م.

والحكايات الطريفة والغريبة لسلوك المقامرة كثيرة ومتنوعة، كلها تعكس عدم قدرة الإنسان على التخلي بسهولة عن هذا الداء الذي له طبيعة القهر. فيروى أن صينيا قديما راهن على يده، فلما خسر الرهان قطعها، وتروي لنا «المها بهارتا» حكاية الملك الطيب «يودشتير» الذي لعب القمار مع الملك الخبيث «ساكوني»، وهو الخبير في استعمال النرد المغشوش، ثم تروي الحكاية كيف بدأ الملك الطيب يخسر الجولة بعد الأخرى، إلى أن أفرغ خزانته من الذهب والياقوت، وإلى أن خسر الخيول والفيلة والمركبات والعبيد، ثم كيف راهن على إخوته، وزوجته الملكة الفاتنة «دور بادي» فخسرهم جميعا، وأخيرا راهن على نفسه... وخسر كل شيء.

ومن طرائف المقامرة في الأيام الغابرة، المراهنة على سباق الحلزون على مائدة صقلية، وقيل إن مقاطعة «كورنول» في إنجلترا وصلت إلى مالكيها الحاليين عن طريق تلك المراهنة، إذ حاول المالك الأول أن يحفز حلزونه على الجري بوخزه بدبوس، لكن مزاج الحلزون آنذاك لم يستجب للوخز واستمر يزحف الهوينى من دون اكتراث... وكانت الخسارة.

يوضح لنا السيد «إدوارد تايلور» أن قبائل «الماوي» تمارس القرعة، وقبائل «البولونيز» يدورون الجوز لاكتشاف اللصوص بين ظهرانيهم، وفي جزر «تورجا» يدورون جوز الهند لمعرفة هل سيشفى المريض الفلاني أم لا، إذا مالت الجوزة إلى ناحية أو أخرى، أي أن تلك الألعاب البدائية قد استخدمت للعرافة واستكشاف المجهول؛ فأصبحت الخطوة الأولى للمقامرة أيضا، لأن نتائج المقامرة مجهولة وغامضة ومثيرة.

وهكذا نجد ـ إلى أيامنا هذه ـ أن ورق اللعب (الكوتشينة) يستعمل لقراءة البخت، كما يستعمل في مختلف أعمال القمار، إن لعب الورق يوحي للفرد المعاصر بالفكرة البدائية المتوارثة بأنه يتم بأمر أو بفعل قوى غير طبيعية تتحكم في النتائج والسباق والمواجهة بين المقامرين، وأنه ليس مجرد صراع قوى عمياء، بل صراع بين الأقدار التي يتعلقون ويؤمنون بها، فالمقامرة حلم بالسيطرة على المستقبل وهو حلم بدائي.

وقد كانت المقامرة موجودة في اليونان، ولم تعتبر ممارسة محترمة، حتى أن أرسطو في كتابه «الأخلاق» صنَّف المقامرين في طبقة اللصوص وقطاع الطرق.

ومعظم الحضارات تنظر إلى المقامرة على أنها إدمان، فالقانون الروماني القديم يرى أن المدمن الحقيقي هو الشخص المقامر المديون، وذلك لأنه غير قادر على إعادة ما استدانه، فيؤتى به إلى المحكمة ويُستعبَد، فيعلن القاضي بعبارة واحدة «المدمن أصبح عبدا لدائنه».

وقد انتشرت المقامرة في العصور الرومانية انتشارا كبيرا، حتى أن أباطرة الرومان المشهورين (مثل كلوديوس، ونيرو)، كانوا من أكثر الممارسين للمقامرة، إلى درجة أن التعريفات الحديثة للمقامرة المرضية تنطبق عليهم.

ونظرا إلى خطورة سلوك المقامرة قام «ريتشارد قلب الأسد» بتحريم المقامرة في أثناء الحملات الصليبية التي قادها على الشرق. وفي القرن السابع عشر كان ينظر إلى المقامرة على أنها رذيلة كبرى، حتى لو كانت على رهان بسيط أو على ما يملك الفرد من ثروات.

وقد كثر الحديث عن سلوك المقامرة في الأدب الإنجليزي، خصوصا مع بدايات العصور الاستعمارية، وكانت هذه الأعمال الأدبية دقيقة إلى درجة كبيرة في وصفها لسلوك المقامرين، حتى أن كثيرا من الخصائص التي ذكرتها تجيء مطابقة لأبحاث اليوم.

ومن بين الروائع الأدبية تقفز رواية «المقامر» لديستوفسكي العام ١٨٦٦، التي هي في الحقيقة تاريخ حياته وحياة كل مريض بالمقامرة، وفيها يقول:

«النقطة الأساسية هي اللعبة بحد ذاتها ، وأقسم أنني لست طامعا في مال على الرغم من حاجتي إليه».

وفي موضع آخر يذكر أن المقامرين يعانون تشوها معرفيا وفقدان التحكم، ونقصا في تقدير الذات، وشعورا باليأس، وكل هذه الخصائص ترتبط بالتعريفات الإكلينيكية الحديثة لمشاكل المقامرة.

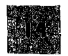
وفي العام ١٧٩١م ظهر كثير من الباحثين والمؤرخين والكتاب الذين وضعوا لنا أنماطا إكلينيكية لسلوك المقامرة، ترى أن المقامر مشابه تماما للعبيد والمدمنين، ويحب اللهو وقد يفقد كل شيء ولديه ميل إلى الانتحار.

وفي العام ١٨١٧م ظهرت العديد من الصيحات التي تنادي بعلاج المقامرة ومقاومتها، كما حدث في منطقة المسيسيبي في أمريكا، ودعا إلى هذه الحركة الاقتصادي «جون لو»، كذلك كانت هناك حالات مشابهة في القرن التاسع عشر في الحي الغربي من لندن، الذي كان مليئا ببيوت المقامرة.

ومع حلول العام ١٨١٩م كان المهتمون بدراسة المقامرة، سواء على المستوى الأدبي أو الأكاديمي، قد بدأوا يدركون أن المقامرة سلوك قهري يدخل ضمن الإدمان والمرض النفسي الخطير. ودرجة الإدمان على المقامرة ترويها لنا قصة قديمة للكاتب «هوفمان» بعنوان «حظوظ المقامر»:

«فقد كان أحد المدمنين على المقامرة قد تركها بعد جهد كبير، إلا أنه عندما قارب الموت، وفي أثناء زيارة القسيس له قبل مماته، كان أقرباؤه يلحظون باستغراب تلك الحركات اللاإرادية التي يقوم بها وهو في حشرجة الموت، وكانت في الحقيقة حركات توزيع ورق القمار على المائدة، مصحوبة بتمتمة من اصطلاحات اللعب وتعبيراته»!

وفي الفترة من ١٨٢٠ إلى ١٨٣٠ كانت هناك ثورة عارمة ضد المقامرة، تزعمها الطبيب الشهير آنذاك «شارلز كالدويل»، حيث دعا إلى القضاء على المقامرة باعتبارها كبرى الرذائل التي تجعل الفرد مدمنا ثم مجنونا، ومن بعده جاء «تايلور» ليصف المقامرة بأنها إدمان، تماما كما فعل «كوتون» منذ ٢٠٠ عام، حيث وصف المقامرة بالإدمان، بجانب أنه حدد بعض الخصائص لإدمان المقامرة جاءت في معظمها مشابهة لما جاءت به الجمعية الأمريكية للطب النفسي العام ١٩٩٤، حيث وصف «كوتون»



المقامرين بأن لديهم شعورا بالذنب والخزي والعار ولديهم سرية عالية، وكل اهتماماتهم تدور حول ممارسة المقامرة، كما أنهم يهملون أزواجهم ومنازلهم وكذلك وظائفهم، ويتصفون بالتهور والتبذير، وقد يتحولون إلى لصوص، ويمارسون أفعالا غير شرعية تدعم سلوك المقامرة، وفي النهاية ينتحرون.

وفي الفترة بين ١٨٤٠ و١٨٥٠م جاء «وليام ألكوت» و«هنري وارد» ليحددا بعدا آخر يرتبط بالمقامرة وهو الجريمة، وفي النصف الأول من القرن العشرين بدأت نظرية التحليل النفسي تهتم بسلوك المقامرة، وكان ذلك على يد فرويد وفان هتنغبرغ وبيرغلر وأتوفينغل، ففي العام ١٩١٤ أصدر «فان هتنغبرغ» العديد من دراسات الحالة والمقالات النظرية عن المقامرة، وكلها كانت تدور حول الفكرة الأساسية بأن المقامرة سلوك قهري وإدمان، وكان اهتمام فرويد بسلوك المقامرة أكثر عمقا، حيث يرى أنها ذات طابع تكراري من خلالها تدمر الذات نفسها، والفرد لا يقامر من أجل المال، ولكن من أجل المقامرة ذاتها، لذلك تعتبر المقامرة إدمانا، مثلها في ذلك مثل تناول الكحوليات والعقاقير.

وفي العام ١٩٣٠ انتشرت الدعاوى بشرعية ترخيص المقامرة في الولايات المتحدة، فبدأت ٢١ ولاية أمريكية في فتح نوادي المقامرة، وقد أدى ذلك إلى اهتمام السيكولوجيين بسلوك المقامرة وفي ديسمبر ١٩٥٧ عقدت عدة مقابلات علمية مع عدد كبير من المقامرين، بهدف التعرف على الظاهرة من جوانبها المختلفة، ووضع الطرق العلاجية السليمة التي تناسب طبيعة المقامر. ثم توالت بعد ذلك جهود الباحثين في قياس سلوك المقامرة إلى أن ظهر سنة ١٩٨٤ أشهر الاختبارات لقياس سلوك المقامرة المرضية والقهرية. ويسمى «مقياس المقامر المجهول»، وهو الاسم نفسه للمؤسسة التي نشرته.

وفي الآونة الحديثة بدأت دراسات المقامرة تهتم بالعوامل النفسية والشخصية بدلا من الاهتمام بالعوامل الاجتماعية والاقتصادية التي كانت تحتل مركز الصدارة منذ بداية الأبحاث العلمية الجادة للظاهرة، وبناء على ذلك ظهر العديد من المنظمات العالمية التي تدرس سلوك المقامرة، ومعظمها يهتم بالجوانب النفسية للمقامر، نذكر منها:

- منظمة ماساشوستس للمقامرةالقهرية.
- مؤسسة أريزونا للمقامرة القهرية.
- مركز الدراسات النفسية للمقامرة بلويزانا.
- مؤسسة نيفادا للمقامر المُشكل.
- مؤسسة المسيسيبي للمقامرة القهرية.
- مؤسسة كاليفورنيا للمقامرة المشكل.



2 مفاهيم المقامرة... والمقامرة المرضية

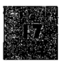
«قد يند المقامر عن كل تعريف، ويفلت من كل تحديد، ويخرج على كل القواعد المسبقة، ذلك لأنه فرد ملتبس ومركب، تمتزج فيه كثير من المتناقضات»

المؤلف

اعتاد العلماء في دراسة سلوك المقامرة تخصيص جزء كبير من اهتمامهم لتعريف المقامرة، ومناقشة شتى التعريفات المقترحة لها، وذلك من أجل الوصول إلى المحددات العلمية الدقيقة التي نعتمد عليها فيما بعد في وضع نظرية كاملة عن المقامرة. وترجع صعوبة تحديد مفهوم المقامرة للفرد حامل الظاهرة (المقامر Gambler)، أكثر مما ترجع إلى الظاهرة نفسها (المقامرة Gambling).

وكذلك نجد أن ظاهرة المقامرة نفسها تبدو صعبة التحديد والتعريف، لأن دلالتها غير متضمنة في ثناياها، أو في تركيبها اللغوي، فهي لا تفهم بالتحليل اللغوي، أو عن طريق تحليل عناصرها البسيطة.

فسلوك المقامرة ليس مجرد إشكال نظري أو بحث منطقي لغوي، وإنما هو مشكلة يواجهها الفرد على مستوى الخبرة المعيشة. من هنا يتضح لنا أن دراسة الظاهرة (المقامرة) والفرد حامل الظاهرة (المقامر) لا تجري بعيدا عن



التصورات النظرية والصياغة الصورية، والأشكال الدالة عليها فقط، وإنما تتخطى ذلك كله إلى المضامين الدالة، أي تنتقل من العيني إلى المجرد ومن المجرد إلى المعيش فعليا.

وقد ظهرت مشكلة تحديد مفهوم المقامرة في التسعينيات، عندما أصبحت الظاهرة محط أنظار العلماء في الغرب، وقد ظهرت مشكلة تحديد المصطلح للأسباب الآتية:

١ـ ندرة الحقائق المتعلقة بسلوك المقامرة، على الرغم من ظهور العديد من الدراسات والأطر النظرية، ولكن هذه الدراسات وتلك الأطر كانت تفتقر إلى الدقة والمنهجية العلمية.

٢ـ كثرة المشكلات الخاصة بالمنهج السليم لدراسة سلوك المقامرة.

٣ـ تضارب واختلاف النماذج الخاصة بسلوك المقامرة، فقد كانت هذه النماذج لا يكمل بعضها بعضا فيما يتعلق بالمشاكل السلوكية التي يتعرض لها المقامرون.

٤ـ كثرة المجالات التي تناولت سلوك المقامرة، فالمقامرة المرضية مثلا تصنف ضمن علم الإدمان Addictionology وكذلك ضمن علم البيولوجيا، والوراثة والباثولوجيا، والبعض الآخر من العلماء يدخلها ضمن عملية التحكم في الدفعات، والديناميات الاجتماعية، والفشل في التعليم. كل هذه المجالات جعلت من تحديد المصطلح والمفهوم الخاصين بالمقامرة عملية صعبة، إذ إن كل علم وكل مجال يتناول المقامرة من حيث لغته ومفرداته الخاصة.

من هذا المنطلق ظهر العديد من المصطلحات للمقامرة، ومعظمها يتداخل بعضه مع بعض بدرجة كبيرة، وذلك مثل:

- المقامرة المرضية. Pathological Gambling
- المقامرة المرضية الكامنة. Probable Pathological Gambling
- المقامرة المرضية المحتملة. Potential Pathological Gambling
- المقامرة القهرية. Compulsive Gambling
- المقامرة المشكل. Problem Gambling
- إدمان المقامرة. Ambling Addiction
- المقامرة المعرضة للخطر. At - risk Gambling
- المقامرة الاجتماعية. Social Gambling
- المقامرة المضطربة. Disorder Gambling



وكل هذه المفاهيم تندرج تحت مفهوم المقامرة المرضية pathological gambling، باستثناء المقامرة الاجتماعية. فالمقامرة المرضية تتسم بالقهر والإلزام والإجبار، وهو ما يبدو واضحا في الرغبة العارمة التي تستولي على المقامر فتدفعه دائما إلى اللعب، بغض النظر عن المكسب أو الخسارة، فمهما كانت العقبات التي تحول دون اللعب، فإننا نجد المقامر في النهاية حليف الموائد الخضر.

ومصطلح المقامرة المُشكل problem gambling يندرج أيضا تحت مفهوم المقامرة المرضية، فهذه الأخيرة قد تجعل المقامر مجرما مضادا للمجتمع، وقد تدفعه إلى الاستدانة والاختلاس والسرقة، بل تدمر الحياة الاجتماعية كافة، فتدمر معها الحياة الأسرية، والعلاقات الاجتماعية مع الأصدقاء والجيران، وهذه الأعراض هي ما كان يطلق عليها المقامرة المشكل problem gambling، وأصبحت تندرج الآن ضمن المقامرة المرضية pathological gambling.

وإذا كانت المقامرة المرضية لها خاصية الجبر والإلزام والقهر فهي بهذا الشكل تتصف بالإدمان، وهذا ما نجده في مصطلح إدمان المقامرة gambling addiction، حيث قامت الجمعية الأمريكية للطب النفسي بإدراج المقامرة المرضية ضمن قائمة الإدمان، وهو ما يبدو في إصدارها الخاص بالدليل التشخيصي الإحصائي الرابع DSM-IV، فقد يشعر المقامر بالتوتر الشديد في حال التوقف عن اللعب، بغض النظر عن المكسب أو الخسارة، ويبذل كثيرا من الجهد للتوقف عن المقامرة، وبعض الأفراد يقامرون من أجل الهروب من المشاكل واضطرابات الحالة المزاجية، ومثل هذه الأعراض نجدها لدى المدمنين.

وإذا كانت للمقامرة المرضية صفة القهر والإجبار، وتؤدي إلى كثير من المشكلات، ولها خصائص الإدمان نفسها، بل أصبحت إدمانا، فهي إذن تؤدي إلى كثير من الاضطرابات. إذن فليس بغريب علينا أن نقول عن المقامرة إنها مضطربة، كما هو في مفهوم المقامرة المضطربة disorder gambling.

والمقامرة المرضية ترتبط بسلوك المخاطرة ارتباطا كبيرا، فعلى الرغم من المخاطرة الكبيرة التي تحيط باللعبة فإن المقامر المرضي لا يفكر لحظة واحدة في الامتناع عن المقامرة، وبذلك تصبح المقامرة المرضية صراعا ومخاطرة. وقد لا يكون الفرد مخاطرا، لكنه يصبح كذلك في اللحظة التي يصبح فيها مقامرا مرضيا.

وإذا كانت كل هذه المفاهيم تندرج في النهاية تحت مفهوم المقامرة المرضية، فإن المقامرة الاجتماعية تختلف عن هذه المفاهيم لأنها لا تتسم بالطابع المرضي الذي يشمل المخاطرة والإدمان والقهر والاضطراب. فالمقامرة الاجتماعية هي نوع من التسلية لقضاء وقت الفراغ، ولا يقبل عليها الفرد إلا في وجود جماعة الأصدقاء، كما أن المقامر الاجتماعي لا يبادر باللعب، وإنما الآخرون هم الذين يبادرون بذلك، أي أنه يقدم على المقامرة بدافع من المجاراة والمسايرة الاجتماعية.

ومما يؤدي إلى الخلاف بين العلماء والباحثين في سلوك المقامرة، أنهم لا يستخدمون مصطلحات ومفاهيم ثابتة لوصف المقامرين الذين لهم الصفات والخصائص النفسية ذاتها. كذلك نجد أن بعض العلماء يحددون مصطلحات للمراهقين وأخرى للراشدين. واستخدام أكثر من مصطلح يؤدي إلى عدم القدرة على فهم الظاهرة وعلاجها. وهذا لا يعني أننا نريد مصطلحا واحدا للظاهرة، كما فعلت الجمعية الأمريكية للطب النفسي، باستخدام مصطلح المقامرة المرضية فقط تعبيرا عن جميع حالات المقامرة ودرجاتها. إننا لا نريد ذلك ولكن نريد عددا قليلا من المصطلحات لا يتجاوز ثلاثة مصطلحات حتى نستطيع الإحاطة بجوانب الظاهرة.

صحيح أن مصطلح المقامرة المرضية يشمل الغالبية العظمى من حالات المقامرة، لكنه لايضم في محتواه المقامرين الذين يعانون صعوبات ومشكلات أقل من المرضية، وأولئك الذين لديهم مشكلات أكثر خطورة من المرضية، هذا بالإضافة إلى أن سلوك المقامرة سلوك تطوري تراكمي، يبدأ بالسوي البسيط لينتهي عند السلوك المرضي المعقد.

ويرى غالبية الباحثين والعلماء في سلوك المقامرة، أنه لكي نتغلب على مشكلة تحديد المصطلح في ظاهرة المقامرة، لابد من وضع نموذج عام للمقامرة، يتراوح بين عدم المقامرة تماما ويتدرج حتى يصل إلى المقامرة المرضية. ومن خلال هذا النموذج سوف تتضح ديناميات المقامرة التي تمكننا فيما بعد من وضع نموذج علاجي للظاهرة.

وقد ظهر هذا النموذج على يد «شافر وهل» ويتضح فيما يلي:

- المستوى الأول للمقامرة: حيث لا يكون هناك أي ممارسة لسلوك المقامرة.
- المستوى الثاني: ويتضح في المقامرة الاجتماعية التي تكون بهدف التسلية، من دون تقدير للآثار الضارة التي قد تحدث فيما بعد، وهذا المستوى لا تصاحبه أي مشاكل.

- المستوى الثالث: ويشمل المقامرين الذين يحتاجون إلى العلاج حتى لا تتضاعف مشاكلهم. وهو ما يطلق عليه المقامرة المرضية.

وقد لقي هذا النموذج رواجا كبيرا، وجرى العمل به في كل الأوساط العلمية الباحثة في سلوك المقامرة، وذلك للأسباب الآتية:

١- أن هذا النموذج يضع تقسيما يدرك فيه المشكلات الحادة للمقامرين من ناحيتين:

أ- أولئك الذين تتطابق حالاتهم مع المحك التشخيصي للدليل التشخيصي الإحصائي DSM.

ب - أولئك الذين يحتاجون إلى العلاج.

٢- يسمح هذا النموذج بتقسيم الأفراد من غير مقامرين تماما إلى حد من لديهم اضطرابات ومشكلات بسبب المقامرة.

٣- يسمح هذا النموذج بتقسيم المقامرين من ذوي المقامرة الحادة إلى أقل مستويات المقامرة.

والمقامرة أو القمار هو من «يقمر»، بمعنى الأرق في الليلة القمرية، والإيقاع بالآخرين. وهو أيضا الميسر، من يسر الأمر وجعله يسيرا، وسواء كان قمارا أو ميسرا، فالمقامر هو هذا جميعه لأنه ينشد المال السهل ويلجأ إلى الخداع، ويتفرس في الخصم، ويسبر أغواره، ويستخدم الحدس ويجد لذة في ذلك، ويخاطر بمبالغ كبيرة، وتأخذه الحمية. ومنهم من يستطيع أن يمتنع، أما الذي يصل إلى درجة مرضية، فإنه يقامر عصبيا، وهو المقامر القهري المرضي. والمقامرة ترادف الاحتيال والخداع في اللعب، لذا يعرف المقامر بأنه المحتال Rook والنصاب Sharper الذي اعتاد اللعب بالمال.

وهناك الكثير من التعريفات للمقامرة، يختص بعضها بالجانب الإكلينيكي المرضي، والبعض الآخر يربط بين المقامرة وسلوك المخاطرة. كما أن هناك تعريفات تربط بين سلوك المقامرة والحظ والمهارة والخداع، وتعريفات ترى أن المقامرة أحد أشكال الإدمان.

ومما يتصل بالتعريفات التي تربط بين سلوك المقامرة والجانب الإكلينيكي المرضي، تعريف «فولبيرغ ومور». فالمقامرة في نظرهما ما هي إلا حالة إكلينيكية مرضية تنمو وتتطور لتؤدي إلى تمزيق شخصية الفرد وتهدد كيانه ومهنته وأسرته. وكأن المقامرة بهذا الشكل مرض خبيث ينشب أظافره في

جميع الجوانب الشخصية والاجتماعية وله طبيعة الانتشار السرطاني الخبيث، أي أنه باختصار: اضطراب كلي دينامي ووظيفي في الخارج والداخل. فما دام ما بالخارج قد أصبح مضطربا، فإن ما بالداخل سيصبح مضطربا أيضا وهذا هو السر في أن المقامرة تؤدي إلى تمزيق الشخصية.

ويذهب «سو» إلى أن المقامرة، حالة من الانشغال التام بالمراهنة، وقد يمارسها الفرد لأنها غاية في حد ذاتها، وهو يقامر من أجل المقامرة، وليس من أجل المال أو التسلية، وربما يشعر بالتوتر والقلق إذا امتنع عن المراهنة. وهنا يبدو الجانب المرضي واضحا في أن المقامرة أصبحت وسيلة وغاية في آن واحد، فليس الهدف هو المكسب والربح، ولكن الهدف هو المراهنة ولذة المقامرة.

ويشير «روزينتال» إلى أن المقامرة اضطراب ينمو ويتطور إلى أن يصل إلى درجة مرضية تتمثل في الأعراض التالية:

- عدم القدرة على التوقف عن اللعب والمراهنة بغض النظر عن المكسب أو الخسارة.
- التفكير غير العقلاني، والشعور بالذنب، والرغبة في المخاطرة.
- عندما يضطر المقامر إلى التوقف عن المقامرة والمراهنة، فإنه ينسحب من المجتمع.

ويتجه أوتوفينغل اتجاها مغايرا تماما في تعريفه للمقامرة، فيقول: «إن المقامرة تعبير عن الصراعات الدائرة حول الجنسية الطفلية مبعثها الخوف من المطمئنات الضرورية ضد القلق والشعور بالإثم».

فبعض الاضطرابات الجنسية الطفلية تسبب الشعور بالقلق والتوتر والشعور بالذنب، مما يدفع الفرد لأن يتخذ من المقامرة وسيلة للدفاع ضد هذه المشاعر. وهذا ما سوف نوضحه في السطور التالية عند تناولنا لنظرية التحليل النفسي في المقامرة.

وهناك تعريفات تربط بين سلوك المقامرة وسلوك المخاطرة، فالمقامرة هي ألعاب الحظ التي تعتمد على المصادفة والعشوائية، وبعضها يتطلب القليل من المهارة، كما أنها فعل إرادي مدروس ومبني على المخاطرة والمجازفة، والتوقعات السلبية للنتيجة. وفي المقامرة تتم عملية توزيع المال من جديد على أمل الربح بالمزيد من المال.

وقد تكون المقامرة، هي المخاطرة بشيء ما له قيمته، مع احتمالية الفوز به، إلى جانب عدم القدرة على التوقف عن المراهنة، وذلك لأن المقامرة تعبر عن اضطرابات في التحكم في الدفعة impulse control disorder، فالمقامرة وسيلة بشرية للتحكم في المجهول، وتحدي الشكوك من خلال المخاطرة والأمل في الربح، ضمن عملية تتحكم فيها الصدفة والتلقائية، أو شيء من الخبرة والقوانين الحسابية، ولا ينطبق ذلك على العمليات والصفقات التجارية من بيع وشراء، لأن الربح والخسارة نتائج طبيعية لها.

والمقامرة نشاط يعتمد على المراهنة، ونتائجه غير مؤكدة، وهو نشاط أداتي موجه لهدف اقتصادي شعوري، وأنه نشاط تعبيري، الاستمتاع به غاية في حد ذاته، كما أنها أحد أهم الأسباب لاضطرابات الحياة السيكولوجية والفسيولوجية والاجتماعية والمهنية، ذلك لأنها أحد أنواع السلوك الإجرامي المنظم.

والمقامرة المرضية «بنية» تتميز بالطابع الكلي الديناميكي من حيث إنها لا تنشأ من عوامل خارجية متراكمة، بل إن لها صلة أيضا بالعوامل النفسية الداخلية، ولايتحدد شكل المقامرة بالارتباط بين ما هو خارجي وداخلي، ولكن بشكل وصورة هذا الارتباط، أي بطبيعة النسق والنظام، فإذا كانت العوامل النفسية الذاتية تدفع الفرد للمقامرة من أجل التسلية والترويح وتوافرت لذلك عوامل خارجية اجتماعية، أصبحت المقامرة اجتماعية ويمكن أن نصنفها ضمن المستوى الأول من المقامرة Level -1 أما وإن كانت العوامل الذاتية في تفاعلها مع النسق الخارجي ترغم الفرد وتقهره على ممارسة المقامرة رغم المكسب أوالخسارة، أمكننا أن نصنفها ضمن المستوى الثالث level -3 من المقامرة، وهي المقامرة المرضية Pathological gambling.

فشكل وطبيعة الارتباطات في النسق المكون للمقامرة هما ما يحدد نوعها والمستوى الذي تنتمي إليه، وهذا ما يجعلنا نصنف المقامرة ضمن ثلاثة مستويات تتراوح بين التسلية والترفيه لتصل إلى المرض وضرورة العلاج.

وإذا كانت المقامرة ذات طابع كلي ديناميكي تتفاعل فيها عوامل ذاتية وأخرى موضوعية، فإن ذلك يفرض عليها طابع التغير والإبدال داخل النسق الخاص بها، سواء فيما هو ذاتي أوموضوعي وذلك للحفاظ على التوازن الديناميكي لها، فلا يمكن أن نجد المقامرة في حالة سكون مطلق، بل هناك

تنوع موضوعي يتضح في كثرة وتنوع ألعابها والحيل الخاصة بها، كما أن هناك تنوعا ذاتيا، هو ما تحدثت عنه نظرية القلب Reversal theory، حيث الانتقال من حالة الهدف Telic إلى حالة محاذاة الهدف Paratelic أو العكس، أي الانتقال من حالة المقامرة بهدف الحصول على المال إلى حالة الرغبة في المقامرة بحثا عن المخاطرة والإثارة. فالاختلاف والتغير والتنوع هي ما يساعد على التوازن داخل نسق المقامرة. وما يساعد على توازن المقامرة، أن هذا الاختلاف والتنوع لا يحمل طابع العشوائية، وإنما هو تنوع منظم يسير على طريقة مرسومة وفق قواعد معينة هي قانون «الكل».

وإذا كان بعض الباحثين ينظر إلى سلوك المقامرة على أنه هروب من المشكلات فإن المقامرة نفسها تتضمن الكثير من المشكلات التي لا تقف عند حدود هذا السلوك، بل تتعداه لتصل إلى كل جنبات حياة المقامر، فنجد المقامر وقد أصابته المشاكل مع أصدقائه وأسرته وكل من يحيط به، وكأن مرضا أصاب الدنيا بأسرها، والطبيعي في مثل هذه الظروف أن يبتعد المقامر عن المقامرة، لكنه يزداد إفراطا في هذا السلوك، مما يجعلنا نصف سلوك المقامرة بالمرضي، لذا يرى البعض أن دراسة المقامرة تتطلب الخوض في الكثير من الأمور المرضية البيولوجية، حتى نتمكن من تحديد المشكلة وأسبابها وطرق علاجها، لكننا نوضح أن المقامرة المرضية بعيدة كل البعد عن الجانب الجسمي البيولوجي، فالظاهرة نفسية، تتداخل فيها عوامل ذاتية وأخرى موضوعية في دائرة محكمة من الصراع، وليس معنى أن نصف المقامرة بالمرضية أنها ذات أصول بيولوجية جسمية، فكل شيء يمرض على طريقته، سواء كان جسما أو سلوكا أو أسرة، أو جماعة أو مجتمعا. فعندما تنحرف أي من هذه البنيات فإننا نصفها بالمرض، والواضح أن المقامرة تصيب كل هذه البنيات بالمرض، فتجد المقامرة تصيب السلوك بالمرض فينحرف عن المعيار الذاتي والموضوعي، ويصل في بعض الأحيان إلى أن يصبح سلوكا مضادا للمجتمع متمثلا في الجرائم بأنواعها وأشكالها المتعددة، والمقامرة تصيب الأسرة أيضا بالمرض، فما من مقامر إلا وتعاني أسرته التصدع الأسري واضطرابات في العلاقة، سواء مع الزوجة أو الأبناء، كما أن المقامرة تهدد كيان الجماعة والمجتمع، خصوصا إذا كانت الجماعة ترفض سلوك المقامرة، فتجد المقامر كأن ليس لديه أطراف اتصال بالمحيطين به، والأكثر

من ذلك أن بعض الباحثين يرى أن المقامرة تؤثر في النواحي الجسمية من حيث ارتفاع مستوى الإثارة والاندفاعية من خلال توتر في الجهاز العصبي وليس معنى ذلك أن للظاهرة جانبا جسميا، لكن المقامرة تثير جوانب سيكولوجية تؤثر في بعض جوانب السلوك الجسمي كالإثارة والاندفاع واضطراب الجهاز العصبي. وإذا كانت هذه حال المقامرة فكيف لا نصفها بالمرض ونحن نضعها ضمن أمراض المجتمع والشذوذ والانحراف.

وفي هذا الصدد يوضح «زيور»: «إننا نرى الفرد كأنه فقد صوابه، فلا هو على بيته مبق، ولا هو لمستقبل عياله متذكر، كل هذا لأن الموائد الخضر قد بهرته، وكأنه مجذوب إليها بسحر ساحر».

والمقامرة عندما تصل إلى درجة المرض، تصبح إدمانا، لذا نجد البعض يطلقون عليها مصطلح إدمان المقامرة gambling addiction، وذلك على المقامرين المفرطين في المقامرة، وإن كان البعض يرفض أن تكون المقامرة إدمانا، وذلك على اعتبار أن الإدمان يكون لعقار معين، أما المقامرة المرضية فما هي إلا سلوك وإن كان أحدهما يشبه الآخر، فإنهما كالسكر والملح يتشابهان في الشكل الظاهري فقط، أما المحتوى الكامن فمختلف تماما. لكننا نرى أن ما يصف المقامرة بالطابع المرضي هو إدمان المراهنة، فالإدمان لايقف فقط عند تناول عقار معين، وإنما يكون أيضا للسلوك، فهناك علاقة قوية بين الإدمان والمقامرة، حتى أن المقامرة تفسر في بعض الأحيان في ضوء النظرية العامة للإدمان، مما جعل الجمعية الأمريكية للطب النفسي تقارن بين المقامرة المرضية والاعتماد على المخدر.

ويرى «كوهين» أن المقامرين ـ مثلهم مثل المدمنين ـ لايمكنهم الامتناع عن سلوك المقامرة من تلقاء أنفسهم، إذ لابد من العلاج. ويشير بعض الباحثين إلى أن المقامرة المرضية ليست إدمانا فقط بل إنها تساعد على إدمان سلوكيات أخرى، فالإفراط في المقامرة يؤدي إلى الإفراط في تناول الكحوليات والمخدرات.

ومما يوضح أن المقامرة المرضية إدمان، الطابع التكراري والقهري الذي تتميز به، وهو ما جعل البعض يشير إلى المقامرة المرضية باصطلاح المقامرة القهرية Compulsive gambling، فالمقامر المرضي لايستطيع التحكم في الامتناع عن المقامرة، إذ إنها في نظره الحل الوحيد والسحري لكل مشاكله،

كما أنها تساعده وقتيا على التخلص من الضغوط النفسية، وتجعله دائما في حالة أمل، وأن ثروة كبيرة ستأتيه ومن دون حساب، وفي اللحظة ذاتها تحل جميع المشكلات، فقلة المال، وعدم الإحساس بالمكانة والهيبة، ونقص تقدير الذات، والشعور بالملل، والفشل واليأس والهزيمة، كل ذلك يمكن أن يوجد له الحل المناسب بجلسة واحدة على مائدة خضراء ! ويصبح المقامر مرضيا أو قهريا عند زيادة مرات الخسارة، مما يدفعه للتعويض، إلى جانب الاعتقاد الوهمي بقدرة المقامر على تحقيق الأهداف بسهولة، ونظرا إلى أن أهداف المقامر وطموحاته لا تنتهي، فإن المقامرة لديه أيضا لا تنتهي، فعلى رغم المكسب والخسارة، هناك دائما حالة من الاتصال وليس الانفصال بين المقامر والمقامرة.

وفي ضوء ذلك يرى «زيور» أن المقامر لا تثنيه الخسارة عن معاودة اللعب، إيمانا منه بأن الحظ سيواتيه، من دون أن يكون هناك دليل من المنطق على ذلك، وهناك حالة لنابغة يدعى «ديستوفسكي» كان يدمن القمار، وكان لا يفتأ يؤكد لزوجته أن الحظ لابد من أن يبتسم له يوما فيفوز بثروة عظيمة، وقد تبين أثناء التحليل أن ما يسميه الحظ لم يكن إلا رمزا يخفي وراءه شخصية والده، فقد دلله والده تدليلا عظيما أثناء السنوات الأولى من عمره، فكان يلبي له كل مطلب ثم حرمه فجأة، مما كان يؤثر فيه وفرض عليه أساليب من السلوك قست عليه، واتسمت حياته بعد ذلك بسمة ظهرت على غيرها من السمات، فكانت تصرفاته كلها تنم عن ثقة بأنه يستحق تعويضا، فكأنه في ارتياد أندية القمار، وإيمانه بأنه لا بد من أن يكسب، كان يعرب عن يقينه بما له من حقوق أنكرها عليه والده ومن ثم فإنه يتوقع أن يرد إليه ما كان يتمتع به أثناء الطفولة، فيجاب له كل مطلب، وما عليه إلا أن يهز الزهر ويلقيه أو يتحسس الورق حتى يأتيه ما يريد.

إن الوهم والمعتقدات الخاطئة والأمل في الربح بثروة عظيمة هي ما يجعل المقامر يتصف بالقهر في سلوك المقامرة، فهو يكرر الرهان على أمل الفوز بالثروة العظيمة التي لا يضع لها حدودا، مما لا يجعل حدودا للمقامرة لديه، ويطلق «غيبسون» على هذه الحالة «خداع المقامر» gambler's fallacy، والغريب أن هذه الحالة تزداد بعد كثرة مرات الخسارة، وهذا الاعتقاد لا يقتصر على



المقامرين، بل على كثير من الأفراد، حيث يعتقد الفرد أنه بعد تعرضه للخسارة والألم، فإنه لابد من أن يأتيه المكسب بأي شكل وبأي طريقة، وكأن القدر أصبح مدانا للفرد.

إن المقامرين جميعا يشتركون في هذا الوهم الغريب، فهم يؤمنون بالربح لأنهم راغبون فيه. وغني عن البيان أن هذا الوهم المنافي للمنطق، هو مما يتصف به تفكير الطفل، فمبادرة الوالدين لإجابة مطالب الطفل عند أول إشارة يبديها، يلقي في نفسه أن لإرادته سلطانا مطلقا فيكفيه أن يقول، مثله في ذلك مثل الرجل الهمجي الذي يظن أن في تعويذته قدرة لا حد لها، ولا يقلع عن وهمه في قدراته السحرية إلا عندما يصدم بالواقع، فيتعلم أن لرغبته شيئا آخر يقتضي منه بذلا للجهد ومعالجة الأمور بالروية، ويدرك في نفسه مرارة معنى المستحيل، لكن بعض الناس لايطيقون هذا التحول من التفكير السحري إلى التفكير الواقعي، ويضيقون بما يفرض عليهم من القوانين، فيظلون طوال حياتهم ساخطين على معاني العقل والمنطق والواقع، ويتنبأون باستعادة ما كان لهم من سلطان الإرادة والمنطق، ومن الجلي أن موائد القمار تهيئ لهؤلاء النفر من الناس فرصة نادرة يعلنون فيها عصيانهم على المنطق، ويقيمون فيها الدليل على سخافة العقل، فها هي أمور قائمة لاينظمها أي منطق، ها هو البعض يكسب، والبعض يخسر، وفقا لورق لا عقل له ولا منطق، إنه أسلوب يتحدى الواقع، يرجع بالمقامر إلى أدنى الطفولة فينفض عن نفسه قواعد التربية المنطقية ويعود ساحرا، ويكفيه أن يتحسس ورق اللعب حتى يأتيه ما يريد. إنه كالطفل المشاكس لسلطة والديه، المتشبث بالملذات، وهذا ما يجعل المقامر المرضي مفرطا في سلوكه.

وإذا كانت المقامرة المرضية تتميز بالطابع القهري Compulsive فإنها لا تشبه عصاب الوسواس القهري Obsessive Compulsive Neurosis، فالقهر سلوك لا إرادي ناتج عن توتر الأنا ويحدث خارج حدودها وطاقتها، ويدرك المريض الأفكار القهرية على الأنا لديه بأنها سخيفة، ومع ذلك لايستطيع مقاومتها والتخلي عنها، وعلى رغم سخافتها فإنها تؤدي إلى كف القلق والتوتر، ولكن دون أن تصل إلى حالة الإشباع واللذة، أما المقامرة المرضية Pathological gambling فهي فعل إرادي يتميز بالطابع

التكراري Repetitive وليس القهري المرضي، ويهدف هذا الطابع التكراري إلى خفض القلق والتوتر اللذين تشعر بهما الأنا والوصول إلى حالة من الإشباع، وفوق ذلك يدرك المقامر المرضي أهمية أفكاره، وكيف أنها العصا السحرية لكل مشاكله. إذن، القهر في المقامرة يختلف عن القهر في عصاب الوسواس القهري، وهذا ما جعل كثيراً من الباحثين ينتقلون من مصطلح المقامرة القهرية Compulsive gambling إلى مصطلح المقامرة المرضية Pathological gambling.



3 المنهج

إن المنهج السليم هو الذي يثير في ذهن الباحث ثلاثة أسئلة: لماذا يبحث؟ وما معنى أن يبحث؟ وهل تستحق دراسته أن يبحث؟ ولا يتحقق ذلك إلا من خلال منهج علمي سليم يقاوم دعوى العبث الفكري، وسم المعرفة الخيالية، وينظر إلى الموضوعية بأنها الفطنة إلى الحتمية الذاتية، أما إن كان الباحث من مستخدمي المناهج العلمية استخداما خاطئا، فهذا ليس معناه الفشل وإنما الطريق إلى كثير من الفشل، فيبدو كل ما يفرضه خطأ وكل ما يستنتجه وهما، فتصبح الموضوعية حلما، والفشل حقيقة، وحتمية الذاتية المطلقة واقعا، فالمنهج الفاشل هو الذي يجعل من أسباب التنوع والاختلاف والتعقيد ما يحيله إلى إجابة غير حاسمة للمشكلة، بل نسيج من المتناقضات، فيبدو البحث مأساة وصراع أفكار لا تعرف الانتصار أو حتى أمل الانتصار.. إنها مجرد تناقض لا يعني شيئا، وسعي دائب بلا هدف، وسُعار عشوائي بلا غاية.

«إن تاريخ العلم هو تاريخ تصحيح الأخطاء، وإن كان لابد أن تأتي الأخطاء في الأبحاث العلمية... فويل لمن يأتي الخطأ من جانب منهجه»

المؤلف

لذا، لابد من إعمال العقل باتخاذ المنهج العلمي السليم في محاولة للكشف عن الحقائق - وإن كانت شاقة - من أجل الكشف عن الخيوط الأساسية التي

تدخل في تركيب المشكلة ودحض دعوى العبث الفكري... صحيح أن كثيرا من المناهج العلمية مليئة بالتناقضات، والخيال، والذاتية، وباطل الأباطيل، لكن جدارة البحث العلمي هي التي تدفع الباحث إلى أن ينتقي منهجا سليما، بحيث يجري ويختبر ويعاني ويسقط على الأرض، ويكرر التجربة بعد الأخرى، ثم لا يلبث أن ينفض عن نفسه غبار المعرفة الوهمية، واثقا من أنه لن يزل بعد اليوم.

لقد حاول علماء النفس الوصول إلى علم نفس عام بقوانين عامة، كعلم الطبيعة العام كما يتضح عند مدرسة «فونت»، لكن فشلت المحاولة لعدم تجانس البشر، فاختلافهم أكثر من تشابههم، وانتهى الأمر بمنهجين: تجريبي، يستهدف الفروق الفردية، أي تحديد مكان المفحوص بالنسبة إلى الآخرين. وإكلينيكي يستهدف فهم المفحوص.

والمنهجان التجريبي والإكلينيكي يؤلفان حالتين متتابعتين في التطور المنهجي لعلم النفس، فمن الناحية التطبيقية، يتيح الاتجاه الإكلينيكي بصورة مفيدة تناول مشكلات يقف أمامها المنهج التجريبي عاجزا، كما أن البعد الدينامي الذي يستخدمه المنهج الإكلينيكي، قد أدى في بعض الحالات إلى أعمال تجريبية. إلى جانب ذلك يتيح المنهج التجريبي، تحديد ما إذا كان المتغير المستقل يؤثر في المتغير التابع عن طريق المقارنة بين أداء المفحوصين في معالجتين أو أكثر.

وإن كانت السوية النفسية ـ كالعافية البدنية المطلقة ـ مجرد خرافة، ومثلا أعلى نقترب منه بدرجة أو بأخرى، فإن المنهج الإكلينيكي في دراسته العميقة للحالة الفردية لا يقتصر على المرضى دون الأسوياء، بل يشمل جميع الحالات من دون استثناء، فما نسميه بالسوية النفسية ليس إلا درجة هينة من العصابية، ويتضح هذا في أن المنهج الإكلينيكي يتبنى زاوية الرؤية لعلم النفس المرضي (السيكوباثولوجيا)، وهي الذاتية السيكودينامية التي عادة ما نتكلم عنها على أنها مفهوم الدينامية، ومفهوم الدينامية يقوم ـ كما نعلم ـ على الصراع. فالحياة ليست غير سلسلة من الصراعات ومحاولات فضها، ويصدق هذا على الحرب، كما يصدق على الحب، لكن إذا كان صميم الحياة ليس غير سلسلة من الصراعات، فإن حلول هذه الصراعات يمكن أن تكون (بالنسبة إلى الراشد مثلا) على مستوى الرشد، فتكون هذه الحلول إنشائية بنائية لا تقتصر على خفض التوترات بشكل مكتمل وإنما تحقق أيضا إمكانات الفرد وقيمة ذاته. كما يمكن أن تكون هذه الحلول على مستوى نكوصي، بحيث لا يواجهها الراشد على مستوى الرشد، بل

مستوى طفلي يتيح خفض التوترات، ولكن بشكل جزئي وعلى حساب تفكيك الشخصية والنيل من قيمة الذات، وهذه الحلول الأخيرة هي الأمراض النفسية (الأعصبة أو أعصبة الطرح) والأمراض العقلية (الأذهنة أو الأعصبة النرجسية) أو غير ذلك من اضطرابات الشخصية واختلالات السلوك، من قبيل الانحرافات الجنسية والإدمانات والمسالك الاندفاعية أو الإجرامية، والمنهج الإكلينيكي في هذا كله يقوم بالدراسة العميقة للحالة الفردية، وينتهي من ذلك إلى تشخيص حالي وتشخيص للتطور المقبل، وتحديد للطرائق التي يكون بها العلاج. ويخطئ البعض فيتوهم أن المنهج الإكلينيكي عندما تكون المجموعة التجريبية في المنهج التجريبي الذي يستخدمه من المرضى أو المعوقين. وكل هذا يدخل في باب الأوهام، فالمنهج الإكلينيكي هو الدراسة العميقة للحالة الفردية عن طريق المقابلات الشخصية الطليقة التي تستعين بالاختبارات الإسقاطية وفنيات التحليل النفسي.

وعلى الرغم من كثرة وتعدد وتنوع الاختبارات السيكومترية التي تدعي التقنين والضبط - من حيث الثبات والصدق - فإنها لا تستطيع أن تفهم الإنسان بما هو إنسان، ولا تستطيع أن تحيط بكل جوانب التعقيد فيه، فقد ترصد الظواهر دون أن تفسرها، وقد تحصي الفروق الفردية في البناء الفوقي، لكنها لا تفعل ذلك على مستوى البناء التحتي، فهي تحصي، لكن من دون فهم، وترصد من دون تفسير، وتناقش من دون تحليل!

من هذا المنطلق، نحن في حاجة إلى منهج إكلينيكي، إلى جانب المنهج التجريبي نحاول من خلاله أن نتعرف على الديناميات النفسية للمقامر المرضي، حيث التحليل والتفسير والفهم من خلال المقابلات الإكلينيكية والاختبارات ذات المحتوى الكيفي التي أصبحت على وعي تام بمشكلات الثبات والصدق، فيما يسميه «لاغاش» النزعة الإكلينيكية المسلحة ويقول في هذا الصدد: «إنه ليستوي أن نقول إن الممارس السيكولوجي ينبغي أن يكون إكلينيكيا، أو أن يكون باحثا وليس مجرد إنسان ميكانيكي».

من هنا لا بد من استخدام منهج الإكلينيكية المسلحة في دراسة ظاهرة معقدة متداخلة مثل ظاهرة المقامرة المرضية، نتبع فيها قواعد المنهج في التناول العلمي للوقائع، هذه القواعد التي استقاها «ليفين» من تطبيقات «غاليليو» للمنهج العلمي الحق، حيث إن هناك طريقتين للتقليد: طريقة التقليد السطحي الفقير التي هي نقل حرفي بالضبط، شبيهة بالقوانين والعلاقات الرقمية في الفيزياء،



وهناك طريقة التقليد الخصب العميق التي فيها ضرورة لإعادة بناء الوقائع للوصول إلى التفكير العلمي الحق، وبناء على ذلك يفرق جاليليو بين طريقتين في الاستقراء، فمن ناحية نستطيع أن نصل إلى قضية عامة، ابتداء من الوقائع عن طريق التجريد، وهذا هو المنهج الأرسطوطالي. ومن ناحية أخرى نستطيع أن نبحث ضمن حالة، أي داخل حالة، عن تقابل الوقائع، وهذا هو المنهج الغاليلي.

لذا يرى ليفين أن معيار علم النفس ينحصر حقا في تخليه عن المفارقة بين «عمومية الماهية المعقولة» و«خصوصية الواقعة»، وأن نفكر بلغة السياقات Contexts (تشكيلات النوع الواحد) لا بلغة الفئات Classes. ومن خلال ذلك يمكن لنا دراسة تاريخ حياة المقامر المرضي بكل مشتملاتها ومتغيراتها، بقدر ما يتيح لنا الفرصة لفهم أساليب التفاعل التي يمارسها المقامر في كل مجالات التفاعل مع الواقع الذي يحيا فيه بغرض الوصول إلى فهم حركة الفرد مع نفسه ومع الواقع ومع أعراضه المرضية، ومن ثم كانت ضرورة الالتجاء إلى الطريقة الإكلينيكية، وذلك بغرض الوصول إلى التشخيص الدينامي لدفاعات ومسببات الحالة، وذلك بالأساليب القياسية المقننة التي يتبنى تصميمها المنهج التجريبي، وذلك بهدف الوصول إلى فهم كامل لتاريخ المقامر وملاحظة سلوكه بغرض تعرف المعالج على دلالات تؤدي به إلى قاعدة للتحرك والعمل مع الفرد حامل الظاهرة (المقامر) والظاهرة نفسها (المقامرة)، فهمًا وتنبؤا وعلاجا، لكي يعود المقامر، بفضل أسلوب العلاج الملائم المقترح، إلى التوافق من جديد مع الوقائع في إطار متقبل منه ومقبول من هذا الواقع.

وما من شك في أن هذه الطريقة من أدق الطرق في دراسة الفرد بصفة عامة والمقامر المرضي بصفة خاصة، ولا يطبقها إلا فئة من الأخصائيين دربوا تدريبا خاصا على إجراء الاختبارات السيكولوجية التشخيصية، وعلى تأويل نتائجها في ضوء دراسة تاريخ الحالة، وفي ضوء علمهم بالفروق بين الأفراد عموما، وبالانحرافات النفسية المختلفة.

إن استخدام المنهجين التجريبي والإكلينيكي معا، يهدف إلى تحقيق مبدأ التقاء الوقائع، وألا نقع فيما يسميه ابن سينا «الدور» وهو أن نبرهن على منهجنا بمنهجنا.

إن استخدام المنهجين التجريبي والإكلينيكي لا يعني الانحياز إلى منهج دون الآخر، بقدر ما هو محاولة للتوفيق بين وجهتي النظر السيكومترية والإكلينيكية والكشف عن أعماق وحقيقة المقامر المرضي، آخذين في الاعتبار مفاهيم الدينامية والوحدة الكلية الحالية، والوحدة الكلية التاريخية.

4 نظريات المقامرة

«يبدو سلوك المقامرة مشكلة لأنه لكي تقامر تكفي مائدة واحدة، أما لكي تفهم لماذا يستمر المقامر في المقامرة، فقد لا تكفي ألف مائدة!»

المؤلف

مقدمة

قد يبدو للذي يدرس سلوك المقامرة أن القاعدة الوحيدة التي يتعامل بها مع المقامر، أن لا قاعدة، فتحديد أسباب المقامرة هو من الصعوبة بمكان بحيث تفسرها نظرية واحدة فقط، فقد تركز نظرية على جانب وتهمل عدة جوانب أخرى، قد تكون هي الأكثر أهمية في دراسة الظاهرة، وقد ظل تفسير سلوك المقامرة وأسبابها أمرا صعبا حتى التسعينيات من القرن العشرين، وذلك لتداخل المفاهيم الخاصة بهذا السلوك بجانب تضارب الآراء والنماذج، وعدم وجود إطار واحد شامل يجيب عن السؤال التقليدي: لماذا يقامر الناس؟ وعلى الرغم من وجود بعض التداخلات في النظريات والنماذج، فإنها استطاعت أن تضع يدها على كثير من الحقائق العلمية لظاهرة المقامرة، وذلك لأنها استخدمت نظاما طيبولوجيا (Typology) محددا، وبناء على ذلك تصبح هذه النظريات بمنزلة الأدوات التشخيصية التي تمهد للعلاج. ونظرا إلى صعوبة تفسير سلوك المقامرة وأسبابها من خلال نظرية واحدة، فقد استخدم بعض العلماء أمثال

«روزينتال» أكثر من نظرية لتفسير سلوك المقامرة وأسبابها، فاستخدم النظرية السيكودينامية لفرويد، والنظرية السلوكية والنظرية الاجتماعية، بل والنظرية الفسيولوجية أيضا، وعلى رغم هذا التنوع فإن «روزينتال» كان يركز على الجانب السيكولوجي فقط. ولا تقف نظريات المقامرة عند النظريات التي يتناولها «روزينتال» وإنما تتعدى ذلك بكثير، فهناك نظريات طبية واجتماعية واقتصادية وإحصائية، ولكننا سنركز في العرض التالي على النظريات النفسية، مع إشارة سريعة إلى بعض النظريات الأخرى غير النفسية التي تشمل النظريات الاجتماعية والنظريات البيولوجية والنماذج الطبية، وسوف نعرض لكل نظرية، ثم نقوم في نهاية عرض كل النظريات بالنقد والدراسة والتحليل.

أولا: النظريات السيكولوجية

١ ـ نظرية التحليل النفسي للمقامرة.
٢ ـ نظرية العوامل الشخصية للمقامر.
٣ ـ نظرية الفعل السببي للمقامرة.
٤ ـ نظرية التقلب لسلوك المقامرة.
٥ ـ نظرية التعلم الاجتماعي للمقامرة.
٦ ـ النظرية المعرفية السلوكية للمقامرة.
٧ ـ النظرية العامة للمقامرة.

١ـ نظرية التحليل النفسي للمقامرة:

تنصب معظم تفسيرات نظرية التحليل النفسي على عاملين أساسيين هما:

إشباع الدوافع الغريزية، ومراحل النمو المبكرة، وخاصة الصراع الأوديبي الذي يمثل نقطة الحسم في الديناميات النفسية لسلوك المقامرة وضمن هذين العاملين يضع أصحاب نظرية التحليل النفسي عدة عوامل تؤثر في سلوكيات الفرد وتؤدي إلى سلوك المقامرة، فنجد علماء التحليل النفسي يتحدثون عن وهم القدرة المطلقة omnipotence وفقدان الحب، والعدوان، وصدمة الثدي breast Trauma ومرحلة الاختبار الأخلاقي ethical testing phase والمازوخية، والجنس والشعور بالذنب والبحث عن الإثارة Sensation-seeking، والصراع. ومعظم هذه العوامل تعمل عملها بشكل لا شعوري.

وفيما يتصل بوهم القدرة المطلقة، يرى «بيرغلر» أن المقامر المرضي Pathological gambler يتسم في طفولته بجنون العظمة الطفلي Infantile megalomania أو ما كان يطلق عليه فرويد «الاعتقاد بوهم القدرة المطلقة» ويستمر هذا الاعتقاد مع الفرد حتى الكبر، ويبدو بوضوح في سلوك المقامر وغروره بأنه يستطيع التحكم في نتائج اللعبة، مثل التحكم في زهر النرد والحصول على أي رقم، وكذلك التحكم في عجلة الروليت ووضعها في أي مكان، فالمقامر في طفولته يكون على وعي كامل برغباته على رغم قلتها، كما أنه يدرك أن رغباته وإشباعها رهن بتصرفات الكبار، خاصة الأم التي تمثل مصدر الإشباع الرئيسي له، ذلك لأن الطفل ينظر إليها على أنها مطلقة القدرة، فهي التي تتحكم في الغذاء الذي هو كل شيء بالنسبة إلى الطفل، ومن يتحكم فيه، يتحكم في كل شيء.

وعندما تأتي مرحلة الفطام تأتي معها بإحباط فمي كبير، إذ إن الطفل قبل ذلك كان يحقق رغباته من دون قيد أو شرط، مما ساعده على الشعور بحب الأم ، أما وقد أصبحت الأم مصدرا للإحباط على رغم قدرتها على تحقيق رغبات الطفل، فإن ذلك يؤدي إلى كراهيتها، فالطفل لا يدرك، من خلال الموقف الضاغط، الهدف الذي تضعه له الأم أثناء الفطام، فالوالدان يريدان للطفل أن يتجه إلى مرحلة أخرى من مراحل النمو، وإنما كل ما يدركه الطفل الإحباط الفمي وفقدان الشعور بالقدرة المطلقة.

ويحاول الفرد أثناء عمليات النمو أن يعيد لنفسه الشعور بحب الوالدين، ووهم القدرة المطلقة والتغلب على الإحباط الفمي في الطفولة، وقد لا يجد وسيلة إلى ذلك سوى المقامرة. لذلك تؤكد نظرية التحليل النفسي أن سلوك المقامرة ينتج بسبب فقدان الحب، والعدوان على الوالدين، فقد فشل الفرد في أن يعيدهما على الصورة الأولى قبل الفطام، فكانت المقامرة وسيلة للعدوان عليهما، وإعلانا صريحا عن الاستغناء عنهما وبأنه وجد طريقة أخرى تحقق له الإشباع، فبالمقامرة استطاع المقامر أن يخلع الأم بصورة رمزية فوجد لنفسه حبا آخر يحقق له ما ضاع منه من إشباع، لذلك يذكر فرويد: «أن الفوز في المقامرة هو بديل رمزي عن لبن الأم، تماما كما تمثل الخسارة في المقامرة خسارة لحب الأم، إلا أن للخسارة وجها آخر يتمثل في رغبة المقامر في عقاب الأم لكونها فشلت من قبل في إعطائه الحب، وهنا يصبح

الدافع الغريزي الذي يجري إشباعه من خلال المقامرة هو العدوان والذي يكون موجها بالتحديد نحو الأم، لذا يمكن القول إن المقامرة بديل عن الأم سواء في ميكانيزماتها أو عناصر التثبيت فيها أو ما ينوب عنها في الأداء.

ويجب أن نشير إلى أن بعضا من العدوان لدى المقامر يكون موجها إلى الذات، وذلك ليبعد عن نفسه الشعور بالذنب تجاه الوالدين، وهنا يظهر الطابع المازوخي للمقامر الذي قد يبدو في الرغبة في الخسارة وإزالة الشعور بالذنب، ففي الطفولة قد يصبح المقامر غاضبا من الوالدين وعدوانيا عليهما، وفي الوقت ذاته يشعر بالخوف من ردود أفعالهما، مما قد يجعله يعاقب نفسه على ذلك في الكبر بالخسارة، وهذه الحالة هي التي تفسر لنا الاكتئاب لدى المقامر المرضي.

والسؤال الذي يطرح نفسه، أن كثيرا من الأطفال يتعرضون للأحداث نفسها التي يتعرض لها المقامر في طفولته، وعلى الرغم من ذلك قد لا يقامرون، فلماذا يقامر فرد ولا يقامر الآخر على رغم أن الخبرات التي مروا بها واحدة؟

يجيب «ماز» على ذلك فيرى أن المقامرين في طفولتهم يختلفون عن باقي الأطفال من حيث ثلاثة عوامل:

١-صدمة الثدي Breast trauma.

٢- عقدة سيكوندس (*) The Secundus Complex.

٣- مرحلة الاختبار الأخلاقي Ethical testing phase.

أما فيما يتصل بصدمة الثدي، فالمقامر أثناء الفطام في الطفولة قد تعرض لصدمة أكبر بكثير من الطفل العادي، كما أن البعض منهم قبل الفطام لا يشعرون بتمتع فمي بالثدي، وقد يترك الفرد منهم ثدي الأم

(*) سميت عقدة (سيكوندس) بهذا الاسم نسبة إلى أسطورة الفيلسوف الصامت من أتباع الفيثاغورثيين الجدد Neo Pythagorean Silent Philospher المولود في القرن الثاني قبل الميلاد، وترى الأسطورة أن سيكوندس في طفولته تعلم أن المرأة يجب عدم الثقة بها وأنها مصدر الخطر، ويترك سيكوندس أمه في رحلة عصيبة مليئة بالقسوة والحرمان، ويعود أثينا شابا، ليلتقي بأمه ثانية ولكنه يقنعها بأنه غريب عن المدينة، ويحاول الشاب الغريب أن يغري أمه بالمال ليقيم معها علاقة جنسية، وذلك كمحاولة لاختبارها والتأكد من فكرته القديمة عن المرأة، وعندما توافق الأم على ذلك لم يفعل سيكوندس شيئا سوى أنه نام على صدرها فقط، وعندما جاء الصباح حاولت الأم أن تجد تفسيرا لهذا الرجل الغامض الذي حاول جاهدا أن يغريها بشتى الطرق، وما أن توافق لم يفعل شيئا، وعندما كشف سيكوندس عن هويته وأنه في الحقيقة ابنها، أقدمت الأم على الانتحار، ومن وقتها اختار سيكوندس الصمت في حياته.

ليستمتع بطعام آخر، وعلى رغم كراهيته لثدي الأم قبل الفطام، فإنه يصدم ويحبط بعد الفطام، ويرى البعض أن الإفراط في المقامرة قد يكون ناتجا عن صدمة الثدي، وأن الفرد يقامر بكثرة كمحاولة لإعادة حالة الإشباع غير المشروطة التي كان يشعر بها قبل الفطام وأثناء الإحساس بوهم القدرة المطلقة.

وتشير عقدة «سيكوندس» إلى الصراع الأوديبي بين الطفل ووالديه، وبخاصة الأم، وطبقا لهذه العقدة يشعر الطفل بأن الأم مصدر الخطر، وأن الخيانة والغدر أساس تكوينها، لذا يجب عدم الثقة بها. وعندما ينمو الطفل تنمو معه هذه الأفكار فتكون المقامرة والإفراط فيها إحدى الوسائل التي تساعد الفرد على الهروب من استرجاع هذه الأفكار، خصوصا أن الإثارة التي يتضمنها سلوك المقامرة تحتوي الفرد كلية، وبذلك تكون المقامرة تعويضا عما كان يجب أن تمنحه الأم، ودفاعا ضد مشاعر الألم ونقص تقدير الذات.

أما بالنسبة إلى مرحلة الاختبار الأخلاقي Ethical testing phase، فتشير إلى أن الطفل يتعلم فيها القواعد الأخلاقية ويتبنى وجهات نظر متعددة حول الموضوعات، لكن المقامر على عكس ذلك، لا يصل إلى هذه المرحلة بفعل التثبيتات التي تحول دون وصوله إليها، والسبب في ذلك علاقات الطفل بالآخرين، وخاصة الوالدين اللذين يتبعان أسلوبا مذبذبا في تربية الطفل من حيث الثواب والعقاب، مما يجعل الطفل غير قادر على التمييز بين الأشياء الحسنة والرديئة، فتصبح فكرة الأخلاق والشعور الأخلاقي غير متضمنة في سلوك الفرد. وعلى أثر ذلك يصبح المقامر أسيرا للنموذج الخاص به في اختبار الموضوعات، فالمقامر له نموذجه الخاص الذي يختبر من خلاله الواقع، كما أنه يحاول أيضا أن يجد الوسائل التي تعينه على اختبار الواقع من خلال النتائج المتوقعة للأفعال، ولكن غالبا ما يفشل المقامر في ذلك، فلا يجد الوسائل التي تعينه على اختبار الواقع فيكون بذلك أسيرا لنظرته الخاصة. ونتيجة لذلك يرى البعض أن المقامر لا يزال قابعا في داخل ذاته وأنه طفل غير ناضج لم يخرج بعد للعالم الموضوعي، وأنه يشعر بطفولته هذه، ولا ينظر إلى نفسه كإنسان راشد إلا عندما يمارس المقامرة.

وفي ضوء ذلك ترى نظرية التحليل النفسي أن الهدف من المقامرة هو تضميد الجراح والصراعات النفسية، والهروب المؤقت من الديناميات التي تهدد كيان الذات، لذا تصبح المقامرة مصدرا للجذب مهما كانت نتائجها، مكسبا أو خسارة، فكسب المال عامل من الدرجة الثانية لدى المقامر المرضي، فهو لا يقامر من أجله فقط فالمهم الفعل ذاته وليس نتائجه.

ويرى بعض المحللين أن المقامرة قد تكون استجابة لبعض المثيرات المؤلمة، كفقدان شخص عزيز، أو موت الوالدين أو أحدهما، أو التعرض لخسارة كبيرة، وبذلك تصبح المقامرة وسيلة للتوافق مع الصراع بصراع آخر، وكأنما هي أيضا دفاع بالصراع ضد الصراع. ويرى «وايلدمان» أن الصراع في المقامرة يتمثل في ثلاثة عوامل مهمة هي: الجنس والعدوان والشعور بالذنب.

وإذا كان وايلدمان يرى أن المقامرة صراع ودفاع بالصراع ضد الصراع، فإن فرويد يرى أن المقامرة وسيلة لحل الصراعات، وخاصة الصراعات الوالدية أو ما ينوب عنها من الرموز التي قد تتشكل على هيئة آلهة أو امرأة لعوب تجلب الحظ تعمل بمنزلة الممثل البديل للأم (Lady luck)، وإلى جانب ذلك يرى فرويد أن المقامرة إدمان مثل المخدرات وشرب الكحوليات، لكنه يرى أنها إدمان ثانوي Secondary تظهر أعراضه ضمن إدمان أولي Primary addiction متمثل في العادة السرية masturbation.

لكن «جاكوب» في نظريته عن الإدمان يرى أن الميكانيزم الأساسي في المقامرة ليس إدمان العادة السرية، ولكنه الطابع النرجسي الذي يتميز به الفرد، فالشخصية النرجسية تحاول دوما السيطرة على الإثارة والاندفاعية لديها من خلال سلوك المقامرة، فكثير من أنماط السلوك تستخدم لتحقيق السيطرة على مستوى الإثارة عن طريق أنماط سلوكية معينة، مثل شرب الخمر وتناول المخدرات وكثرة الأكل وكثرة النوم أو التمرينات الرياضية ومشاهدة التليفزيون أو الجنس، واختيار النشاط هنا يتوقف على تنظيم طاقة النشاط وميول الفرد ذاته.

والسيطرة على الإثارة لا تعني أن المقامر يرغب في القضاء على الإثارة، بل إنه يحاول أن يزيل توتر الإثارة دون أن يصل إلى درجة الصفر، وفي الوقت نفسه يحاول أن يزيد من الإثارة بالمقامرة دون أن تصل إلى درجة المائة، والهدف من

ذلك هو التحكم في الأشياء التي لا يستطيع التحكم فيها، لذا يقول روزينتال: «إن الناس يقامرون لكي يتحكموا فيما لا يتحكمون فيه (control the uncontrollable) وبخاصة التحكم في المشاعر الخاصة بالمستقبل والمصير.

أوتو فينغل ونظرية التحليل النفسي في المقامرة:

يرى فينغل أن الولع بالمقامرة هو تعبير عن الصراعات الدائرة حول الجنسية الطفلية مبعثه الخوف من المطمئنات الضرورية ضد القلق أو شعور الإثم، وكقاعدة عامة فإن الصراعات المعنية هنا هي تلك التي تتركز حول الاستمناء، فاستثارة اللعب تناظر الاستثارة الجنسية، واستثارة الكسب تناظر استثارة النشوة (استثارة القتل)، كما أن استثارة الخسارة تناظر عقوبة الخصاء، ومعاناة القتل، وتماما كما أن العصابيين القهريين يتبعون العديد من التوقعات قصدا منهم إلى إكراه الآلهة على إباحة الاستمناء وعلى تحريرهم من شعورهم بالإثم (الأمر الذي يفشل كقاعدة عامة) فكذلك المقامر أيضا يغري القدر بأن يعلن عما إن كان يؤيد لعبة (استمناء) أو عما إذا كان يخصيه.

وكما هو الشأن حول كل الصراعات حول الاستمناء، فكذلك هي الحال هنا، إذ يعمل هذا النشاط فداء للأخيلة العدوانية المستهجنة التي يعمل لحسابها، وشدة الصراعات الدائرة حول الحصول على الإمدادات من جديد تشير إلى التثبيت الفمي، هذا إلى جانب أن العنصر الأستي (الدور الذي تلعبه النقود) يتبدى أيضا بارزا.

ومع كل ذلك فالولع بالمقامرة في صميمه هو استفزاز للقدر لإرغامه على اتخاذ قرار لمصلحة الفرد أو ضده، فالحظ الحسن يعني وعدا بالحماية بالإمدادات النرجسية فيما يتصل بالأفعال الغريزية المقبلة، ولكن الأهم من ذلك هو أن المقامر النمطي يؤمن شعوريا أولا شعوريا بحقه في أن يطلب حماية خاصة من القدر، فمقامرته هي محاولة منه لإرغام القدر بطريقة سحرية على أن يؤدي واجبه، ومع ذلك فالمقامرة حرب ضد القدر.

فالمقامر يهدد بقتل القدر إذا رفض تقديم الإمدادات الضرورية، وهو على استعداد من أجل ذلك لأن يخاطر ويعاني خطر القتل، وفي الواقع إن الأخاييل الاستمنائية اللاشعورية الخاصة بالمقامرة، غالبا ما تتركز حول قتل الأب، والحالة التالية توضح ذلك:

«مقامر شديد الولع بالمقامرة في اليانصيب، كان يتصرف وكأنه من المؤكد أنه سيربح يوما الجائزة الكبرى، كأن ذلك - ببساطة - دين له على القدر، وكشف التحليل عن أن القدر لم يكن إلا وجه أبيه، وقد كان أبوه مسرفا في تدليله في السنوات الأولى الثلاث من حياته، ثم فجأة جرده أبوه من كل الامتيازات، وطوال حياته كان يطالب بالتعويض».

وفي المقامرة الأمينة تكون فرصة الخسارة مساوية لفرصة الكسب، فالمقامر يجترئ على إرغام الإله على أن يتخذ بشأنه قرارا أملا في عفوه، ولكن حتى حين يخسر أو حين يدان ويعاني القتل، فذلك يبدو له أكثر بكثير من الاستمرار في معاناة ضغط الأنا الأعلى غير المحتملة، وإذا كان الكسب في المقامرة يعني تمردا للحصول على المطلوب، فإن الخسارة تعني لا شعوريا استعطافا للحصول على المطلوب نفسه، والواقع هو أن الكثير من الأفعال الاندفاعية تميل إلى أن تعبر ليس عن الحفزات الغريزية فحسب، بل أيضا عن متطلبات «أنا أعلى» قاسية.

إن المقامرة والاستمناء يشتركان في شيء نمطي، فكلاهما يتجه القصد إليه كنوع من اللعب، والوظيفة السيكولوجية للعب هي التخلص من التوترات الشديدة بالتكرار الإيجابي لهذه التوترات أو باستباقها، إن الاستمناء في الطفولة والبلوغ، هو - بهذا المعنى - لعب بالهياج الجنسي يجعل الأنا تألف الهياج ويعدها للقدرة على السيطرة عليه، والمقامرة في البداية يكون النظر إليها على أنها لعب، وتحت ضغط التوترات الداخلية يمكن للطابع اللعبي أن يختفي، فالأنا لم تعد الآن تستطيع السيطرة على ما بدأته بل تنغمر بحلقة مفرغة من القلق الخطير وعنف الحاجة إلى الاطمئنان ثم القلق من جديد من شدة العنف، وعندئذ يبدو قطع الوقت مسألة حياة أو موت.

وهناك بعض الباحثين يرون وجهات نظر مضادة لنظرية التحليل النفسي في المقامرة، فيرون أنها عصاب قهري، ويعلق على ذلك فينغل بقوله: «إننا عندما نصف المقامرة «بالقهر» فذلك وصف ناقص غير سليم، إذ إن الأهم هو صراع المقامر مع تجسيد القدر Personification of fate، ذلك القدر الذي يكون في حالة مع أو ضد المقامر. وذلك الصراع في النهاية هو صراع مع الوالدين».

٢ـ نظرية العوامل الشخصية للمقامرة Personality Factors of gambling

تتناول نظرية العوامل الشخصية في المقامرة العديد من الخصائص الشخصية التي ترى أنها تؤثر في البناء النفسي للفرد فتدفعه إلى سلوك المقامرة، فتتحدث النظرية عن الاكتئاب والشخصية المضادة للمجتمع، والقلق، والخضوع والسيطرة والتوجه التحصيلي والشخصية النرجسية.

فيلعب الاكتئاب دورا كبيرا في سلوك المقامرة، حيث يحاول الفرد أن يبحث عن وسيلة للخروج من مأزق الشعور بالاكتئاب فلا يجد ملاذا إلا المقامرة، لما تتمتع به من مستوى عالٍ من الإثارة، فالشعور بالضغط والخسارة وكل ما تؤدي به الأحداث الصارمة، لا تقضي عليها إلا نشوة الإثارة أثناء المقامرة.

والمقامر، وخاصة المقامر المرضي يختلف لديه التوجه التحصيلي ـ achievement or ientation عن الشخص العادي، فالمقامر المرضي أكثر تحصيلا وذكاءً ومناورة، كذلك يتميز المقامرون بارتفاع نسبة القلق والانحراف السيكوباتي وانخفاض قوة الأنا والتحكم في الذات self control مع زيادة الاضطراب في الجانب النرجسي من الشخصية، هذا بالإضافة إلى الرغبة العارمة في التحكم في الأشياء.

ويشير «بلاذنسكي مكنوي» إلى أن هناك ثلاثة أنماط منفصلة من المقامرة.

١ـ المقامر المكتئب.

٢ـ المقامر المتبرم المنزعج.

٣ـ المقامر المكتئب المتبرم المنزعج.

وتظهر المقامرة هنا كمحاولة للقضاء على أي من هذه الأنماط الثلاثة.

وهناك بعض الخصائص التي ترتبط بالمقامر المحترف، فهو دائما منبسط وودود ومعتدل في تصرفاته ونادراً ما يكتئب، وعلى رغم ذلك فإنه قد يعاني اضطرابات الشخصية خاصة العاطفية منها. وقد حدد «مكورمك وتابر» خمس خصائص شخصية ترتبط بالمقامرة المرضية وهي:

١ـ الميول والاتجاهات الوسواسية القهرية.

٢ـ العامل المزاجي، ويتراوح ما بين الاكتئاب والاعتدال.

٣ـ الشعور بوجود صدمات لها دلالتها، أو وجود ضغوط حياتية: وهي صدمات وضغوط قديمة وأخرى حديثة.

٤ـ العامل الاجتماعي: ويرتبط بمشكلات خاصة باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع.

٥ ـ مشاكل الإدمان والشعور بالإساءة: هذا العامل هو ما يطلق عليه نظرية الشخصية الإدمانية، التي ترى أن هناك نمطا من الشخصية يكون أكثر عرضة للإدمان من أي نوع آخر، فقد اتضح أن غالبية المقامرين مدمنون، بداية من المخدرات ووصولا إلى الكحوليات حتى الهيروويين فالمقامر يشبه ـ إلى درجة ما ـ المدمن، لكن المقامر لديه انحراف في الشخصية أكبر بكثير من المدمن.

٣ـ نظرية الفعل السببي للمقامرة Reasoned action of gambling

وضع «فيشبين وأزين» عام ١٩٧٥ نظرية في السلوك تشمل متغيرات القصد والنية intention والاتجاهات والمعايير الذاتية. فالسبب الأول للسلوك هو نية الفعل، ولا تتكون هذه النية إلا في وجود اتجاه معين نحو الفعل، ومعايير ذاتية تحيط به، وقد قام «كمنغ وكورني» بتطبيق هذه النظرية على سلوك المقامرة، فالنية والقصد في ممارسة المقامرة، تنبع من الرغبة في ذلك الاتجاه، وكذلك من خلال معلومات وتوقعات لأن يمارس الفرد المقامرة (المعيار الذاتي).

وقد تزداد سلوكيات المقامرة إذا كانت المعايير الاجتماعية تشرع ذلك، بحيث تصبح المقامرة سلوكا مقبولا اجتماعيا، وهنا قد تحل المعايير الاجتماعية محل المعايير الذاتية، فيزداد سلوك المقامرة خاصة لدى الأفراد الذين كانت معاييرهم الذاتية ترفض ذلك.

والاتجاه نحو سلوك معين هو عملية تقييمية للشخص نفسه، تجعله يتصرف بشكل معين تجاه فعل ما، بحيث يصبح سلوكا مقبولا وآخر غير مقبول، وبمجرد أن تتكون المعتقدات حول هذا السلوك وتقدر نتائجه، يصبح الاتجاه مركبا من وحدات تقييمية لمعتقدات واضحة وبارزة، فاتجاهات المقامر نحو المقامرة التي يمارسها: أنه سيفوز، وأن دوره قد أتى وحان الوقت ليفوز بشيء ما، وأن الحظ سيحالفه من الآن فصاعدا، ومثل هذه المعتقدات هي معايير ذاتية تجعل الفرد يستمر لفترات طويلة في المقامرة.

وطبقا للمعايير الذاتية نجد أن كثيرا من الأفراد لا يقامرون على رغم إتاحة الفرصة لسلوك المقامرة، ذلك لأن معاييرهم الذاتية ترفض ذلك. وقد يترك الفرد المقامرة بمجرد الزواج، لأن اتجاهات الزوجة سلبية نحو المقامرة، وقد ينطبق ذلك على أنواع كثيرة من المقامرة، باستثناء المقامرة المرضية.

وترى هذه النظرية أن المتغيرات الطرفية Distal - variables لها دور كبير في سلوك المقامرة من حيث النية والقصد، وكذلك من حيث الاتجاه نحو المقامرة، ومن أهم المتغيرات الطرفية سلوك المخاطرة ، حيث يؤدي هذا السلوك إلى تبني اتجاهات إيجابية نحو المقامرة، إلى جانب سلوك المخاطرة هناك أيضا التفكير غير العقلاني irrational thinking الذي يهيئ للمقامر أن بإمكانه التأثير في نتائج اللعبة، ومثل هذا الاعتقاد يدعم «الاتجاه» نحو ممارسة المقامرة أكثر وأكثر، بقدر ما يدعم «القصد والنية لها».

٤ـ نظرية التقلب للمقامرة Reversal theory of gambling

قام «أندرسون وبراون» عام ١٩٨٧ بوضع نظرية التقلب لتفسير سلوك المقامرة، والنظرية في الأساس ضمن نظريات الإثارة Arousal، التي تفترض أن الإثارة يمكن تفسيرها ضمن حالتين:

١ـ الهدف telic

٢ـ محاذاة الهدف Paratelic

وقد يتحول الفرد من أي من هذه الحالات إلى الأخرى. فقد ينتقل المقامر من حالة الهدف telic إلى حالة محاذاة الهدف paratelic والعكس صحيح. و«حالة الهدف» تعني أن الفرد يكون موجها نحو تحقيق غاية معينة أو عدة غايات، وهنا نجد المقامر في حالة الهدف يسعى نحو الكسب المادي. أما «حالة محاذاة الهدف» فيكون سلوك الفرد موجها فيها نحو المتعة والإثارة، فنجد المقامر لا يهمه المكسب أو الخسارة، وإنما ما يهمه هو استمرار حالة النشوة والإثارة.

وفي كثير من حالات المقامرة نجد الفرد يبدأ هذا السلوك للحصول على المال فقط (حالة الهدف telic) ثم لا يلبث أن ينتقل إلى حالة محاذاة الهدف Paratelic، وذلك للحصول على الإثارة والمتعة، ولكن إذا تعرض المقامر للخسارة الكبيرة وهو في حالة محاذاة الهدف، يتحول إلى حالة الهدف.

وفي كلتا الحالتين (الهدف ومحاذاة الهدف) يختلف الشعور بالإثارة، ففي حالة الهدف يكون المقامر متجها نحو المستقبل ويضع الخطط ويكون تركيزه خارج نطاق ذاته، ويستمتع بلذة المشاركة، ويوظف نفسه توظيفا ذا معنى، ويفضل أن يكون في حالة أقل شدة وإثارة. أما في حالة محاذاة الهدف، فالمقامر يكون متجهاً نحو الحاضر، ويكون أكثر تلقائية، وتركيزه داخل ذاته، ويستمتع بلذة الإثارة الحالية، ويفضل أن يكون في حالة أكثر شدة وإثارة، وتفسر الإثارة تفسيرا سلبيا فيما يتصل بحالة الهدف، حيث تفسر كـ «تشويق»، وانخفاض الإثارة يفسر إيجابيا في حالة الهدف، حيث يفسر على أنه «استرخاء» ولكنه يفسر سلبيا في حالة محاذاة الهدف، حيث يفسر على أنه «ملل».

ويرى «أندرسون وبراون» أن نظرية التقلب تساعدنا على فهم سلوك المقامرة من خلال طرق كثيرة أولاها: أن بإمكاننا أن نستنتج أن المقامر في حالة محاذاة الهدف ينجذب إلى المقامرة بحثا عن الإثارة والمتعة، وهذا المقامر يراهن بالكثير من الأموال للحصول على كثير من الإثارة، أما المقامر في حالة الهدف فإنه ينظر إلى المقامرة على أنها جالبة للقلق، وهو مقامر يراهن بالقليل من الأموال ليقلل نسبة القلق لديه.

والثانية: قد يقامر الأفراد لأسباب مختلفة تماما، سواء كانوا في حالة الهدف أو في حالة محاذاة الهدف، فالمقامر في حالة الهدف، إذا كانت نسبة الإثارة لديه عالية، قد يقامر ليتحول إلى حالة محاذاة الهدف، حتى تتحول نسبة الإثارة العالية لديه إلى خبرة ممتعة وشائقة، وكذلك الشخص في حالة محاذاة الهدف، إذا كانت لديه نسبة قليلة من الإثارة (شعور بالملل) قد يقامر لإزالة هذا الملل.

وأثناء اللعب قد تحدث مثل هذه التقلبات Reversals والذي يحدد ذلك هو، المكسب أو الخسارة. ويرتبط الفوز بالانتقال إلى حالة محاذاة الهدف، حيث الإثارة والمتعة، بينما ترتبط الخسارة بالانتقال إلى حالة الهدف، حيث عدم الإحساس بالمتعة والشعور بالقلق، وبناء على ذلك قد يصبح المقامر الخاسر مهتما بهدف واحد، وهو إعادة ما خسره من مال. وقد يتفق كثير من المقامرين في هذه النقطة إذا أصبحت المقامرة باعثة على الإحساس بعدم المتعة. وعلى الرغم من أن الانقلاب إلى حالة الهدف هو الأكثر شيوعا والمرتبط بحالة الخسارة، إلا أنه قد يحدث عندما يفوز المقامر.

٥ ـ نظرية التعلم الاجتماعي للمقامرة Social learning theory of gambling

نظرية التعلم الاجتماعي هي إحدى النظريات السيكولوجية للتعلم والشخصية، والتي ترى أن المقامرة سلوك مُتعلَّم يحدث من خلال التقليد، إما لنموذج يعجب به المقامر أو لأحد أقرانه، وترى النظرية أن الإفراط في المقامرة يرجع إلى البنية الاجتماعية والمحيط البيئي للمقامر، وكذلك الفرص المتاحة للمقامرة، مثل أوقات الفراغ والبيئة الجغرافية المناسبة والنظرة العامة إلى استخدام الأموال. وترى النظرية أيضا أن المقامرة قد تكون لها وظيفة توافقية للفرد، حيث إنها تسمح له بالتحكم في كمية الإثارة لديه، وعلى الرغم من ذلك يؤدي سلوك المقامرة إلى مشاكل كثيرة، قد تتراوح شدتها ما بين مشكلات عادية إلى أخرى أشد خطورة.

وكل هذه المشكلات قد يتغلب عليها الشخص تلقائيا ودون أن يتلقى العلاج، وذلك لأن المقامرة ما هي إلا مرحلة، وبإمكان المقامر الخروج من هذه المرحلة. فما دام السلوك مُتعلَّما، إذن من الممكن ألا يتعلم.

من هنا يتضح أن نظرية التعلم الاجتماعي للمقامرة تهتم بالجوانب الاجتماعية الخارجية وتقلل من شأن قوة دوافع الفرد وانفعالاته ومدركاته، التي قد يكون لها التأثير الأكبر في الفرد. ومن ناحية أخرى ترى النظرية أن المقامرة نوع من الهروب، يحاول الشخص من خلالها ان يحل مشاكله ويعالجها.

وترى نظرية التعلم الاجتماعي أن المقامرة تتم عن طريق التعلم والتقليد وملاحظة الآخرين، وذلك لأن كثيرا من ألعاب المقامرة تحتاج إلى مهارة وتدريب، مثل «الماكينة الشقبية» Slot Machine تلك اللعبة التي لا تحتاج إلى المهارة فقط، بل أيضا إلى بعض القواعد الاجتماعية لممارستها، فمثلا من بعض قواعدها أن المقامر لا يخرج مباشرة العملة المعدنية بمجرد وضعها في الشق الصحيح، ولكن عليه أن يتركها حتى تعطى له محاولات أخرى، وعليه في النهاية أن يحول هذه المحاولات إلى أموال.

ويحدث التعلم الاجتماعي من خلال الجماعات المرجعية Reference groups لكنه لا يعتمد عليها فقط، بل يعتمد التعلم الاجتماعي للمقامرة على عوامل أخرى مثل الأسرة، التي تعتبر أفضل عوامل التدريب على المقامرة حين تكون الأسرة من ممارسي المقامرة، ويحدث هذا التعلم عند ملاحظة الأطفال

والمراهقين للحظات الإثارة والتشويق والمخاطرة التي تبدو على الوالدين أو أحد أفراد الأسرة، وهذا ما يعرف بالتدعيم البديل Vicarious reinforcement، ويبدو هذا التدعيم في أسئلة الفرد عن الكيفية الصحيحة لممارسة المقامرة، وعن قوانين اللعبة، وقد يكون للتعلم الاجتماعي دور في ممارسة المقامرة عن طريق التشويق بالربح الزائد.

٦- النظرية المعرفية السلوكية للمقامرة Cognitive behavior theory of gambling

اشتقت هذه النظرية في الأساس من نظرية التعلم، ولكنها تركز على الدور الذي تلعبه العمليات المعرفية في اكتساب سلوك المقامرة، وطبقا لهذه النظرية فإن سلوك المقامرة يُكتَسب من خلال الميكانيزمات التقليدية الموجودة في الاشتراط الكلاسيكي، فسلوك المقامر يجري تدعيمه من خلال المكافأة المالية ومستويات الإثارة الفسيولوجية التي تؤدي إلى نوع من الحماس والتشويق، ويلعب الفوز دورا كبيرا في تدعيم سلوك المقامر ويزيد من احتمالية الإفراط في المقامرة، كذلك ترتبط عملية الإثارة بالفوز والمكافأة المالية، وهنا يتعلم المقامر أن الفوز عملية غير دائمة، ولكنها بالتأكيد ستحدث، وهذا ما يجعل المقامر يستمر في اللعب على رغم ما يتعرض له من خسارة متكررة، لأنه على يقين كاذب بأن النهاية حتما ستكون لمصلحته.

ولو استمرت عمليات التدعيم لفترة طويلة، تحدث ارتباطات كثيرة تتشكل عن طريق عمليات الاشتراط الكلاسيكي، فتصبح بيئة المقامرة في حد ذاتها بيئة إثارة، حتى ولو لم تُمارَس فيها المقامرة، وقد يجري أيضا تدعيم بعض الأفكار الخاصة بالمقامرة، حيث يشعر المقامر أنه في أوقات معينة يكون محظوظا، وإذا تحقق له الفوز تدعمت هذه الفكرة، وحتى إذا خسر المقامر في الوقت الذي كان يظن فيه أن الحظ معه، فإنه يعتقد أن المقامرة تخفي له فوزا كبيرا سيأتي مرة واحدة، وهذا ما يعرف بوهم المقامر gambler's fallacy.

وترى هذه النظرية أن المشكلات التي تنجم عن سلوك المقامرة ترجع إلى ضعف في مهارات حل الضغوط لدى المقامر gambler's coping skills، مما يؤدي إلى عدم التحكم في الإثارة وظهور الأفكار غير العقلانية ، وعدم القدرة على اتخاذ القرار، وزيادة تدعيم سلوك المقامرة، كل ذلك يؤدي إلى عدم

القدرة على التوقف عن المقامرة، فيصبح سلوك المقامرة عادة متأصلة، وحيلة (ميكانيزم) لتكميل السلوك behavior completion mechanism وهذا يعني أنه متى أثيرت الرغبة في المقامرة، فإنه لابد للمقامر أن يمارس المقامرة، كاستجابة لهذا المثير حتى تكتمل المعادلة: مثير ثم استجابة، ولو لم يحدث ذلك يصبح المقامر أكثر قلقا وتوترا، وترى النظرية أيضا أن النمذجة Modeling والتقليد أهم الميكانيزمات لاكتساب سلوك المقامرة، كذلك ترى النظرية أن وهم القدرة على التحكم illusion of control، والتعميمات غير الصحيحة، ومدعمات السلوك، وتذكر الفوز ونسيان الخسارة، كلها عوامل تساعد على كثرة الإفراط في سلوك المقامرة.

ثانيا: النظريات الاجتماعية للمقامرة:

١ـ النظرية الاجتماعية الاقتصادية

ترى غالبية النظريات الاقتصادية أن المقامرة وسيلة لتحقيق ثروة ضخمة أو أنها وسيلة من وسائل التسلية والترفيه، فهي نشاط استهلاكي Consumption activity يهدف إلى تحقيق كل ما هو نافع ومفيد للمقامر، وكل ما يرضي رغباته وطموحه، ومن ثم يمكن لهذه النظريات أن تفسر بعضا من السلوكيات السوية والشاذة للمقامر.

وتفرق النظريات الاقتصادية بين دافعين أساسيين للمقامرة:

١ـ الأمل الذي يراود المقامر في الثراء وزيادة الثروة

٢ـ الدافع إلى التسلية واللهو.

وتنصب معظم التحليلات الاقتصادية حول الأمل في الثراء المفاجئ، إذ ينظر المقامر إلى المال على أنه كل شيء وأنه الوسيلة الوحيدة لتحقيق كل الطموحات والتغلب على جميع صعوبات الحياة، وأن المقامرة هي أيضا الوسيلة الوحيدة لجمع المال وتحقيق طفرة مالية كبيرة للفرد، خاصة عندما لا تتوفر البدائل الأخرى لتكوين الثروة والمال.

وطبقا للنظريات الاقتصادية فإن الفرد قد يقامر بكل ما يملك من أمواله لرغبته في الثراء، وفي اللحظة التي يحقق فيها مستوى معينا من الثروة قد يتوقف عن المقامرة، وربما يخاطر المقامر باللعب والرهان كلما وجد أن الفرصة مواتية وأن الحظ في جانبه.

وتفترض النظريات الاقتصادية أن الفرد يقامر في حالة تعرضه لأزمات مالية وعدم قدرته على تلبية احتياجاته الأساسية، هذا بالإضافة إلى أن الفرض الأساسي الذي تقوم عليه معظم النظريات الاقتصادية هو الرغبة في الثراء المفاجئ من دون مجهود أو مشقة، ومن ثم تتحدد اتجاهات الأفراد نحو المقامرة والمخاطرة بأموالهم بمستوى الدخل وما يمتلكونه من ثروات. ويلعب المستوى الاقتصادي دورا كبيرا في المقامرة، فالفقراء هم أكثر الأفراد مقامرة من الأغنياء وذلك لرغبتهم في تحسن أحوالهم وظروفهم المعيشية، لكن الأفراد من الطبقات الوسطى قد يكونون أكثر الفئات التي تقبل على سلوك المقامرة لأنها طبقات تقاوم الشعور بالفقر وتهرب منه قدر استطاعتها كما أنها طبقات طموحة جدا وترغب في الثراء وقد لا تجد وسيلة لذلك سوى المقامرة.

وإذا كانت الدافعية للمقامرة هي التسلية، تصبح المقامرة بمنزلة سلعة تشترى Commodity Purchase تحتمل المكسب والخسارة، لكن جاذبية المكسب في المقامرة تجد لنفسها القيمة الأكبر عن الخسارة.

ويرى «ديفرو» في نظريته الاجتماعية الاقتصادية لسلوك المقامرة، أن المقامرة هي «كبش الفداء» Scapegoat لتناقضات الرأسمالية (*) التي تنمي لدى الفرد النزعة الذاتية الفردية والاهتمام بالنواحي الاقتصادية، وتنمية روح المنافسة التي تربط دائما بين المجهود والمكافأة، والإنتاج والاستهلاك، ولكن الأخلاق البروتستانتية التي ظهرت من خلالها الرأسمالية تؤكد على العقلانية وعدم الاعتماد على الحظ والمخاطرة، أي أنها ترفض سلوك المقامرة.

(*) التناقضات الرأسمالية: يؤمن ديفرو - مثل كثير من علماء الاجتماع - بما جاء به ماكس فيبر في مقاله الشهري «الأخلاق البروتستانتية وروح الرأسمالية» The protestant Ethic and spirit of capitalism (١٩٠٨)، أن هناك تلازما بين البروتستانتية والرأسمالية، فإذا كانت الرأسمالية تنمي بعض النزعات الفردية وتسعى لتحقيق المصالح الشخصية، فإننا نطلق عليها تناقضات الرأسمالية، إذن لابد أن تسير طبقا لقواعد البروتستانتية التي ترفض هذه النزعات. والحقيقة أن وجهة النظر هذه خاطئة، فليس هناك تلاؤم بين الرأسمالية والبروتستانتية، فالرأسمالية لم تكن نتيجة للمذهب البروتستانتي لأنها أقدم في وجودها من البروتستانتية، فالممارسات اليهودية الاقتصادية كانت المصدر الرئيسي لروح الرأسمالية، ومن ناحية أخرى، كانت البروتستانتية دائما على خط معارض ومعاد للرأسمالية، خاصة النظرة الاقتصادية الرأسمالية. إذن ليس هناك تناقض رأسمالي لأن الرأسمالية تختلف تماما عن الروح البروتستانتية.

وقد انتشرت المقامرة في المجتمعات الرأسمالية لأنها كانت تلبي الاحتياجات الاجتماعية للأفراد، وتقضي على الإحباط المتأصل في المجتمعات الرأسمالية، وقد تطورت أشكال المقامرة لاعتقاد بعض الأفراد أنها الطريقة الوحيدة لتحسين ظروفهم وأحوالهم المعيشية.

وهناك علاقة قوية بين المقامرة والطبقة، فتنتشر المقامرة لدى الطبقات العاملة والطبقات الوسطى وترتبط بتأجيل الإشباع deferment of gratification وقوة التفاؤل بالفوز والاعتقاد الراسخ في إيجابية المصير والحظ. وربما يرجع ذلك إلى أن غالبية الأفراد من هذه الطبقات في حاجة ماسة إلى المال تجعلهم لا يدركون سوى رغباتهم ويغضون الطرف عما يناقض هذه الرغبات، فلا يرون إلا الفوز، خاصة أن كثيرا منهم لا يستطيعون الدفع الفوري لاحتياجاتهم الأساسية ويعانون من كثرة الاستدانة.

وتحقق «دونيس وزملاؤه» من النظريات المختلفة للمقامرة، وحصر العديد من المتغيرات التي تشتمل عليها هذه النظريات، مثل الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والمعتقدات والتعليم والأنشطة المختلفة لأوقات الفراغ، واستخدم لذلك عينة كبيرة من المفحوصين لاختبار مدى صحة هذه النظريات، من خلال المقاييس المختلفة التي تشمل هذه المتغيرات. واتضح من البحث ما يلي:

١ ـ إن الفرد كلما كان أكثر شذوذا كان يقامر كثيرا.

٢ ـ يرتبط الميل إلى المقامرة بانخفاض المستوى الاجتماعي والاقتصادي.

٣ ـ يميل الفرد إلى المقامرة عندما يشعر بالاغتراب.

٤ ـ يفرط الفرد في المقامرة لتأكيد ذاته.

٥ ـ ترتبط المقامرة بالمستوى الطبقي، وتكثر بين الطبقات العاملة والوسطى.

٦ ـ ترتبط المقامرة بعملية اتخاذ القرار، فالذين ليس لديهم فرص في اتخاذ القرار يكونون أكثر ميلا لسلوك المقامرة، من أولئك الذين تتاح لهم فرص اتخاذ قراراتهم.

٧ ـ ترتبط المقامرة بسلوك المخاطرة، فالذين يقومون بأعمال أكثر خطورة يكونون أكثر ميلا لسلوك المقامرة من الأفراد الآخرين.

ويشير دونيس وزملاؤه إلى أن الحاجة إلى تأكيد الذات والظروف الاجتماعية الاقتصادية، هما من أكثر العوامل التي ترتبط بسلوك المقامرة.

٢ـ النظرية الأنثروبولوجية

ترى النظرية الأنثروبولوجية أن المقامرة عملية يتعلمها الفرد من البيئة المحيطة به، خاصة عندما تهدد هذه البيئة مصالحه ورغباته، ويزداد الدافع إلى المقامرة عندما تصبح لسلوك المخاطرة قيمة إيجابية. فقد تعلم الإنسان المقامرة وتعلم منها أن يوظف شجاعته ومهاراته وذكاءه قدر المستطاع، وذلك بهدف التغلب على الصعوبات التي يواجهها في البيئة. وعندما تعتمد المقامرة على الحظ والعشوائية فإن السمات الشخصية الخاصة بالشجاعة والمخاطرة تختفي، و تختفي معها بعض القدرات المعرفية الأخرى.

وقد ازدادت المقامرة في العصر الحديث شكلا ومضمونا، نظرا إلى تعقد الحياة الاجتماعية وزيادة أعباء البيئة والتحديات التي يواجهها الفرد لحظة تلو الأخرى، فعندما كانت الحياة الاجتماعية سهلة وبسيطة كان الإنسان يستجيب لضغوط الحياة وتهديدات البيئة من خلال الاستجابة البيولوجية فقط، سواء بالقلق أو الإثارة الداخلية لكن الإنسان اصطدم بعد ذلك بتهديدات أكثر خطورة تتصل بمكانته الاجتماعية، وتقديره لذاته، وتقلبات المستقبل وصدماته المتلاحقة، واعتقد الإنسان أن المقامرة هي الحل السحري والميكانيزم التوافقي الذي يتحكم في القلق ويطوع البيئة ويتحكم في الإثارة ويثني المستقبل لمصلحته، و بدلا من أن يتحكم الإنسان في القلق والإثارة عن طريق المقامرة ، تحكمت المقامرة فيه، وأصبح المقامر أضعف بكثير من أن يتحدى البيئة أو يطمع في مستقبل أفضل وكأن مرضا قد أصاب الدنيا بأسرها.

من خلال ما تقدم نستطيع القول: إن المقامرين يختارون أو يفاضلون بين أهدافهم المختلفة ووسائل تحقيق تلك الأهداف، والمشكلة ليست في أهداف المقامر وإنما في وسائل تحقيق الهدف الذي لابد أن يختاره

المقامر، وبطبيعة الحال لا يتم ذلك في فراغ وإنما في وسط ومجال بيئي يحتوي على عدد من العوامل المادية والاجتماعية التي تحدد الاختيارات المتاحة للمقامر.

وإذا كان اختيار الفرد لأفعاله لابد أن يحظى بقبول الآخرين فإن الحال تختلف لدى المقامر، إذ لابد أن يحظى الاختيار بقبوله هو شخصيا، فهو معيار كل شيء ومحك كل فكرة، وربما يرجع ذلك لأن المقامر يدرك تماما رغباته الداخلية التي غالبا ماتدور حول رغبة واحدة مفادها «المقامرة من أجل المقامرة» كما أنه يدرك ترتيب الأشياء التي تقود إلى تلك الرغبة.

والمقامر إذ يختار المقامرة فذلك لأنها في نظره تجلب له المنفعة وتحقق له الكثير من الإشباع، فالرغبات والاعتقادات من أهم دوافع السلوك لدى الإنسان، ورغبات الفرد ومعتقداته هي مبررات فعله. والمقامر إذ يندفع نحو المقامرة فلأنها تمثل له تحقيقا لأهداف وغايات ورغبات، بجانب أنها تمثل له معاني كثيرة قد تشتمل على الثروة والتسلية، وقضاء أوقات الفراغ والإثارة والتشويق، والهروب من الضغوط والمشكلات النفسية الاجتماعية، وربما تشمل هذه المعاني تحدي الفقر وتحدي الآخرين والشعور بنشوة الانتصار، وتفريغ الشحنة الانفعالية العدوانية على الذات أو على الآخرين.

ثالثا: النظريات البيولوجية

ترى النظرية البيولوجية للمقامرة أن هناك مجموعة من الاستعدادات الفسيولوجية والعوامل الوراثية التي تدفع الفرد لسلوك المقامرة، وإن كانت هذه النظرية تناقش أمورا بعيدة كل البعد عن الجوانب السيكولوجية التي تلعب دورا كبيرا في هذا السلوك، فذلك لأنها تؤمن بأن ظاهرة المقامرة ترجع إلى عوامل جسمية لاعوامل سيكولوجية.

وتناقش النظرية البيولوجية الكثير من العوامل ذات الصلة بالمقامرة، فنجدها تتحدث عن الجينات، ورسم المخ EEG، وإندروفين البلازما، Plasma endrophin، وعدم التوازن الكيميائي للمخ brain chemical imbalances، والإثارة. والنظرية البيولوجية إذ تركز على هذه الجوانب فإنها تختلف كثيرا عن النظريات السيكولوجية والاجتماعية.

وإن كانت النظريات السيكولوجية تتحدث عن الدور الذي تلعبه الإثارة في سلوك المقامرة فإن النظرية البيولوجية تنظر إلى هذه الإثارة نظرة مختلفة تماما من حيث فسيولوجيا الجسم ونشاط الغدد والميول والاستعدادات الوراثية.

ويرى «ليسير وروزينثال» أن هناك ثلاثة نماذج بيولوجية أساسية في تفسير سلوك المقامرة المرضية:

١ـ النموذج الذي يعتمد على رسم المخ EEG.

٢ـ النموذج الخاص بمعدلات إندروفين البلازما، وهو نموذج يرتبط بالإثارة.

٣ـ نموذج عدم التوازن الكيميائي للمخ Brain chemical imbalances.

وفيما يتصل بنموذج رسم المخ، فإن أول من أجرى دراسات في هذا المجال هو «جولدشين وزملاؤه»، حيث وجد أن المقامرين المرضيين يظهرون اختلافا واضحا في النصفين الكرويين للمخ عن غير المقامرين، فالنصفان الكرويان للمقامرين أقل نسبيا من الأشخاص العاديين، تماما كما هي الحال لدى الأطفال ذوي النشاط الزائد، والمصابين باضطرابات في الانتباه. وقد تأكد ذلك عندما اتضح أن المقامرين يعانون أيضا من بعض الاضطرابات في الانتباه تعمل على زيادة نشاط المخ بصورة غير عادية، وهو ما يفسر لنا الاندفاعية لدى المقامر المرضي، مما جعل الدليل التشخيصي الإحصائي للمقامرة المرضية يصنف المقامرة المرضية ضمن اضطرابات التحكم في الدفعة.

ويرى النموذج الخاص بالإثارة ونسبة إندروفين البلازما أن المقامرين يزداد لديهم إندروفين البلازما مما يجعلهم يشعرون دائما بالإثارة، واتضح ذلك من خلال بعض التجارب المعملية التي أجريت على بعض المقامرين المرضيين، وتم خلالها قياس سرعة ضربات القلب والنشاط الزائد والرغبة في الإثارة. وقد لوحظ أن نسبة الإندروفين تزداد كلما كانت المقامرة أكثر خطورة.

والدراسات التي تعتمد على قياس الإثارة من خلال زيادة ضربات القلب، أو عن طريق بعض المقاييس الموضوعية، ترى أن المقامر الذي يبحث عن الإثارة من خلال المقامرة يميل إلى المثابرة في اللعب والرهان لفترات طويلة، وذلك بخلاف المقامر الذي يمارس المقامرة من أجل التسلية فإنه يقامر لفترات قصيرة. وإذا

كـان البـعض يرى أن الإثارة هي التي تدفع المقـامـر لقـضـاء أوقـات طويلة في المقـامـرة، فـإن هنـاك فـريقـا آخـر مـن العلمـاء يـرى أن قـضـاء أوقـات طويلة في المقامرة هو ما يجعلها أكثر إثارة، أي أن الإثارة نتيجة وليست سببا.

ويرى فـريق ثالث أن سلوك المقـامـرة سـواء كـان لفـتـرات قـصـيـرة أو طويلة فإنه يزيـد من معدلات الإثارة لدى الفـرد، فالمقـامـرة هـي السلوك الوحيد الذي يحصل الفرد من خلاله على أعلى نسبة إثارة، تلك الإثارة التي لا يجـدهـا في أي سلوك آخر سوى الإدمان.

رابعا: النماذج الطبية The medical models

يرى النمـوذج الطبـي أن المقـامـرة ظاهرة مـرضـيـة وليست مـجـرد عـرض أو زملة أعراض لاضطرابات الشخصية، كما يميز هذا النموذج بين المقامر العادي والمقامر المرضـي، ويرى أن المقامرة كائن حي يتطور وينمو ويأخذ أشكالاً عديدة ومتنوعة.

ويرى «بلوم» أن المقـامـرة تـصـبـح مـرضـيـة إذا كـان المقـامـر يمارسـهـا بصـورة ثابتة ومتكررة ويتعذر عليه التخلي عنها بسهولة على رغم ما تسببه له من أذى وخلل في مـخـتلف جوانب الحياة الشـخـصـيـة والاجـتمـاعـيـة. وتصبـح المقـامـرة مـرضـيـة أيضـا عنـدمـا تكون فـعـلا لا إراديا وخـارجـا على سـيطـرة الذات والشـعـور، وليست مجـرد عادة أو سلوك شـعـوري يمكن تعـديله من خلال تـغـيـير انتباه الفرد وتحويله عن المقامرة.

وقـد لخص «روسيكرانس» سنة ١٩٨٦ المحكات الأسـاسـيـة للنـمـوذج الطبي للمقامرة فيما يلي:

١ـ المقامرة المرضية ظاهرة فردية.

٢ـ يختلف المقامر المرضي من حيث النوع عن كل المقامرين.

٣ـ يفقـد المقامر المرضي بالتدريج القدرة على التحكم ولا يسـتطيع التوقف عن المقامرة.

٤ـ تنمو المقامرة المرضية وتتطور في الاتجاه السلبي.

وتتطور المقامرة وتتشكل على النحو التالي:

ـ في البـداية يحقق المقـامـر فـوزا كبـيـرا يجعله دائمـا في حـالة من الترقب للفوز بالمزيد من الأموال كلما مارس المقـامـرة، مما يجـعله يقضـي أوقـاتا طويلة في أنشطة المقامرة المختلفة.

- مع زيادة أنشطة المقامرة تقل فرص الفوز وتزداد الخسارة فيفقد المقامر كثيراً من الأموال وتضطرب أحواله المادية، وعلى رغم ذلك يظل يعتقد أن المقامرة هي الوحيدة القادرة على تعديل أحواله المادية السيئة.

- يزداد الارتباط بالمقامرة وقضاء أوقات طويلة في اللعب والرهان بسبب التفاؤل غير المنطقي في الفوز، فتصبح المقامرة هنا دافعا قهريا لا إراديا يبدد كل ما لدى المقامر من أموال.

- يصبح المال وسيلة للمقامرة وليس غاية. أي أن الهدف الذي ينشده المقامر ليس الحصول على المال لتحقيق رغباته وأهدافه، وإنما الهدف هو الحصول على المال لكي يقامر به.

- يشكو المقامر من بعض الآلام والاضطرابات النفسية، خاصة الشعور بالذنب وعدم القدرة على الامتناع عن المقامرة.

- يرفض المقامر الخسارة ويسعى جاهدا لتعويض ما فقده من أموال، فيضطر إلى قضاء أوقات كثيرة في المقامرة. وهنا قد يفعل المقامر أي شيء للحصول على المال، وربما يندرج في بعض السلوكيات الإجرامية، كأن يسرق أو يرتكب الغش والتزوير والاحتيال والاختلاس.

- يمتنع المقامر لفترة قصيرة عن المقامرة عندما يبدو الإحساس بالذنب قويا، ويكون تأنيب ولوم الذات عنيفا، كما أن بعض أساليب التفكير العقلاني التي تجد لنفسها حيزا في عقل المقامر قد تجعله يتوقف عن المقامرة لفترة قصيرة. لكن هذا التوقف لا يلبث أن يزول فيعود المقامر من جديد للعب والرهان بصورة مفرطة وعنيفة، والسبب في ذلك أنه أصبح عاجزا تماما عن التصدي لإغراء المقامرة، وأخطر ما في هذه الانتكاسة أن يصبح المقامر على اقتناع تام بهذا العجز فتصبح خسارته مزدوجة:

- خسارة لكل الاقتصاديات النفسية لمقاومة المقامرة.
- خسارة للمال.

أما الخسارة الأولى فتدفعه نحو المقامرة بلا هوادة، وتجعله في حالة من اليأس الكامل حيال التوقف عن المقامرة. أما الخسارة الثانية (خسارة المال) فإنها تدفع المقامر للتعويض، ومع كثرة الاندماج فى المقامرة ينسى التعويض ويتشبث بالإثارة ويتمسك بها، إلى أن تنتهي به الحال لأن تصبح المقامرة لديه فعلا قهريا خاليا من الإرادة وباعثا على الإثارة، يمارسه كما لو كان أحد الطقوس والشعائر الدينية.

- وبعد سيطرة التفكير غير العقلاني واستنزاف كل ما لدى المقامر من أموال، يتوقف المقامر عن المقامرة لعدم وجود المال وليس لرغبته في ذلك. ويعمل هذا التوقف القهري على ترميم بعض الأفكار والمدركات الخاطئة، فتظهر بعض الأفكار العقلانية التي مؤداها: «أن أي سلوك من سلوكيات المقامرة سوف يؤدي إلى كارثة محققة».

٥ ـ المقامرة المرضية سلوك دائم مستمر يتعذر التوقف عنه طواعية وهي سلوك مرضي لا يتم الشفاء منه إلا بالتوقف الكامل عنه، وتختفي أعراضه بعد التوقف لمدة طويلة.

والملاحظ في المراحل الخمس التي عرضناها أنها تراكمية وتعتمد الواحدة منها على الأخرى. هذا وقد حظيت المرحلة الرابعة بالعديد من الأعراض والظروف التي يمر بها المقامر المرضي، وهي أعراض مشابهة لحد كبير بالمراحل التي جاء بها «كستر» والتي يعتبرها دارسو المقامرة مراحل ضرورية جدا لتشخيص المقامرة المرضية، من ثم يتضح لنا مدى أهمية المحكات الأساسية للنموذج الطبي كما أوضحها «روسيكرانس».

ويشير روزينثال إلى أهمية النموذج الطبي كما أوضحه روسيكرانس، لكنه يضيف إليه مرحلة اليأس، التي تحدث لبعض المقامرين دون البعض الآخر. ويوضح روزينثال أيضا أن الفرد يمر بالمقامرة الاجتماعية Social gambling قبل أن يصبح مقامرا مرضيا. والفرق بين المقامر الاجتماعي والمقامر المرضي هو أن الأول يتحكم في المقامرة بينما الثاني تتحكم فيه المقامرة.

والنموذج الطبي إذ ينظر إلى المقامرة على أنها مرض ينتزع إرادة الفرد، فإن هذا لا يعني أن نرفع المسؤولية من فوق كاهل المقامر. صحيح أنه يبدو عاجزا أمامها ولا حيلة له، لكنه في الوقت ذاته الذي اندفع فيه نحوها في البداية، وتحت تأثير بعض الأفكار غير العقلانية ظن أن في مقدوره أن يتحكم فيها، لكنها هي التي تحكمت فيه.

ويعد النموذج الطبي أداة جيدة لقياس المقامرة وتصنيفها، بالإضافة إلى أنه وسيلة علاجية أيضا، إذ إنه يُمكن المقامر من النمو الإيجابي الذي يسمح له بتجنب الشعور بالذنب عن طريق الإيحاء بأنه غير مسؤول عن مرضه، ما دام مريضا فهو لا إرادة له في ذلك.

ويشير بعض الباحثين إلى أن اعتقاد المقامر أنه حالة مرضية ربما يزيد من سلوك المقامرة لديه، فينتقل المقامر من كونه حالة نفسية مرضية إلى حالة عقلية أكثر خطورة، وذلك لأن اعتقاد الفرد أنه مريض يجعله عاجزا عن مقاومة مرضه ويفشل في التصدي لما يتعرض له من الانتكاسة، فضلا عن عدم تعاونه مع المعالج.

ومن ناحية أخرى قد يرفض بعض المقامرين أن يطلق عليه لفظ «مريض»، وذلك لرفضهم القاطع أن يراهم الآخرون كجماعة منحرفة وشاذة، وغالبية المقامرين من هذا النوع هم من الذين يبالغون في استخدام الحيل الدفاعية defense mechanism خاصة حيلة الإنكار denial.



5 أسباب المقامرة

تحدثنا من قبل عن أسباب المقامرة من خلال سيكولوجية الفرد، وذلك في الأطر النظرية المختلفة التي تناولت ظاهرة المقامرة، فتحدثنا عن أسباب المقامرة من خلال نظرية التحليل النفسي، ونظرية العوامل الشخصية، ونظرية الفعل السببي، ونظرية التقلب، ونظرية التعلم الاجتماعي، والنظرية المعرفية السلوكية، والنظرية العامة للمقامرة.

وهنا نتحدث عن أسباب المقامرة بعيدا عن سيكولوجية الفرد، من خلال أسباب المقامرة كما يدركها المقامرون، ومن خلال بعض الأسباب الأخرى التي تتصل بالعوامل الديموغرافية للظاهرة.

أسباب المقامرة كما يدركها المقامرون

قبل أن نتحدث عن أسباب المقامرة كما يدركها المقامرون، نتناول اتجاهات المقامرين السلبية والإيجابية والدور الذي تلعبه هذه الاتجاهات، فيما بعد، كدوافع لسلوك المقامرة. فبقدر ما تكون اتجاهات المقامر إيجابية نحو المقامرة، بقدر ما يندفع نحوها بشدة؛ بحيث تمثل له رغبة عارمة تدفعه نحو اكتشاف هذه الخبرة وسبر غور أحداثها،

«النقطة الأساسية هي اللعبة بحد ذاتها. وأقسم بأنني لست طامعا في مال، على الرغم من حاجتي إليه»

ديستوفسكي

باعتبارها شيئا جديدا يثير فضوله، أي أن المقامر ذا الاتجاهات الإيجابية نحو المقامرة هو المسؤول الأول والأخير عن الوقوع في المقامرة، وبفضل هذه الاتجاهات الإيجابية يبحث المقامر عن كل الطرق والوسائل الممكنة وغير الممكنة لممارسة اللعب والرهان، وربما يخطو هذه الخطوة بدافع من التقليد أو تحدي الآخرين أو مناهضة الظروف، وربما تحدي المصير نفسه. وفي بعض الحالات التي تصبح فيها المقامرة مرضية قهرية، نجد المقامر مدفوعا نحوها بشكل إيجابي من خلال التوحد المرضي بالمقامر الذي ينتصر عليه (فالمغلوب مولع أبدا بالغالب).

وربما يعود ذلك إلى اعتقاد المقامر المرضي أن الذي ينتصر عليه يتميز بالكمال والمهارة والدقة، فيسارع في تقليده والتماهي به في كل شيء حتى يصل إلى درجة الكمال المزعومة، لكنه أبدا لا يصل إليها، وما أشبه حاله بمن يجري وراء طرف ذنبه، فلا هو بقادر على التطابق التام مع المقامر المنتصر عليه، ولا هو بقادر على أن يصل إلى الكمال، وكل ما وصل إليه هو حالة من الإفراط الكامل في المقامرة بفضل اتجاهاته الإيجابية المزعومة نحو المقامرة.

وفيما يتصل بالاتجاهات السلبية التي يتبناها الفرد نحو المقامرة، فعادة ما تكون هذه الاتجاهات السلبية هي الغالبة في البداية؛ فيندفع الفرد نحو المقامرة - وهو كاره لها - من خلال ضغط الأصدقاء أو جماعه الأقران، أو ضغط الظروف الاجتماعية الاقتصادية المحيطة به.

وفي المقامرة، هناك دائما ذوو الاتجاهات السلبية الذين راحوا لها رغما عنهم فوقعوا فيها بفضل الظروف و ضغط الحاجة، أو نتيجة لتقليد الآخرين أو الرغبة في مسايرتهم. وعلى الجانب الآخر نجد ذوي الاتجاهات الإيجابية الذين راحوا بأنفسهم لتلمس كل الطرق المتاحة وغير المتاحة، الشرعية وغير الشرعية، التي تسمح لهم بمواصلة المقامرة والعيش بجوار الموائد الخضر لممارسة كل أساليب اللعب والرهان.

وعلى الرغم من تنوع أساليب المقامرة والرهان بين المقامرين لكن غالبيتهم يعطون أسبابا واحدة، هم يرونها الدافع الأساسي إلى المقامرة، ومن أهم هذه الأسباب:

١- الرغبة في الفوز بثروة كبيرة.

٢- التسلية والمتعة والتشويق والإثارة.

٣- التغلب على الاضطرابات الوجدانية.

٤- المسايرة الاجتماعية والاندماج في وسط اجتماعي.

وإذا كنا تعرضنا للأسباب الحقيقية للمقامرة من خلال عرضنا للنظريات النفسية للمقامرة، فإن هناك أسبابا للمقامرة يوضحها المقامرون أنفسهم، فغالبا ما يعطي المقامرون أسبابا وهمية لسلوك المقامرة يعتقدون فيها الصواب، لذا يجب ألا نثق فيما يبديه المقامرون من أسباب ونبحث عن الأسباب الحقيقة لهذا السلوك.

فإذا كان المقامرون يرون أن السبب في المقامرة هو الرغبة في الفوز بثروة كبيرة، فلماذا يقامر الأثرياء منهم، ولماذا لا يتوقف المقامر لحظة الحصول على هذه الثروة؟ وإذا كان المقامرون يرون أن المسايرة الاجتماعية والاندماج في وسط اجتماعي هي الدافع إلى المقامرة، فإن المقامر المرضي ليس له أصدقاء وإنما له منافسون وأعداء، وهو إذ يتمسك بهم فلأنه لن يجد من يمارس المقامرة معه سواهم.

وغالبا ما يذكر المقامرون أسبابا سطحية ظاهرية تتجاهل الأسباب الحقيقية للظاهرة، فنجد المقامرين يركزون على التقديرات الذاتية غير الموضوعية، مثل المستوى الاجتماعي والاقتصادي، وإضفاء الشرعية على المقامرة في بعض الدول الغربية، ونحن لا نستطيع القول إن كل ما يتعرض لمستوى اجتماعي أو اقتصادي منخفض، لابد أن يمارس المقامرة، كما أنه ليس من المعقول أن جميع الأفراد في الدول التي تُضفي الشرعية على سلوك المقامرة لابد أن يمارسوا المقامرة. فهناك دائما أسباب بعيدة تضرب في العمق في تاريخ الفرد نفسه وفي ديناميات شخصيته، يصعب علينا أن نرجعها إلى سبب واحد أو حتى نظرية واحدة، صحيح أن المستويين الاجتماعي والاقتصادي وتشريع المقامرة في بعض الدول الغربية قد أدت إلى زيادة ممارسة المقامرة، لكنها ليست الكلمة الأخيرة في أسباب المقامرة، كما أنه قد يكون لهذه الأسباب دور بسيط جدا لدى البعض دون البعض الآخر.

ويرى كثير من المقامرين أن السمات الشخصية واحدة من أهم العوامل التي تؤدي إلى سلوك المقامرة، نظرا إلى أن السمة توضح خصائص الفرد وأسلوبه في التعامل مع المواقف المختلفة. وربما يكون الحديث من قِبل المقامرين عن السمات صحيحا إلى حد ما، خاصة أن كثيرا من الباحثين قد أكدوا على سمة «الإنجاز» والدور الذي تلعبه في المقامرة. لكن استخدام السمات في تفسير أسباب المقامرة له مشاكله العديدة.

فكثير من السمات لها أساس فسيولوجي يصعب فصله ودراسته على حدة، فإذا قلنا مثلا إن سمة البحث عن الإثارة هي أحد أسباب المقامرة، فإن هذه السمة ترتبط فسيولوجيا بزيادة ونقص عمليات الأيض Metabolism والنورأدرنالين. فدراسة السمات تتطلب منا أن نتناولها على حدة، من دون أن تكون لها علاقة بمتغيرات أخرى؛ حتى نتعرف على الدور الذي تلعبه، وما دامت السمة تعمل في ظل منظومة كلية في الشخصية، وتؤثر وتتأثر بظروف بيولوجية وسمات أخرى، فإن دراستها على حدة تصبح أمرا مستحيلا. وحتى إذا سلمنا أن هناك سمة من السمات تعمل عملها في سلوك المقامرة فإننا سنواجه مشكلة أخرى تتمثل في:

هل السمة هي المسؤولة عن المقامرة، أم أن المقامرة هي التي أدت إلى هذه السمة؟ وإذا استطعنا التعرف على الفروق الفردية في سمات المقامرين من الناحية الفسيولوجية، واستطعنا من خلال ذلك أن نحدد الأفراد الذين يقامرون كثيرا أو قليلا، هل يكون بمقدورنا أن نجيب عن التساؤل القائل:

هل العوامل الفسيولوجية هي التي تؤدي إلى المقامرة، أم أن المقامرة هي التي تؤدي إلى بعض العوامل الفسيولوجية؟

وما أشبه هذه التساؤلات بمن يسأل عن البيضة والدجاجة وأسبقية إحداهما على الأخرى، وكلها أمثلة تمثل ألغازا وطلاسم. وهي ما يعرف بمفهوم الحلقة المفرغة.

ويتحدث المقامرون بلغة «أيزنك» عن أسباب المقامرة، فيذكرون الانطوائية والانبساطية، فيرى المقامرون أن الانبساطية Extroversion ترتبط بالمقامرة ارتباطا دالا إيجابيا، بحيث إن ارتفاع معدلات الانبساطية يؤدي إلى ممارسة المقامرة بإفراط، كما أن الانبساطية تجعل المقامرة أكثر إثارة وتشويقا، والمقامر المنبسط يركز كثيرا على الفوز والنصر ولذة الإثارة، بينما يركز المقامر المنطوي على الخوف من الهزيمة وعدم القدرة على تعويض الخسارة، وربما يترك هذا المقامر حلبة اللعب لتوقعاته السلبية والخوف من الهزيمة.

والحقيقة أن الفرد قد يندفع نحو المقامرة في أغلب الأحوال ليتغلب على الانطواء والمشاعر الاكتئابية، كلما ارتفعت لديه اضطرابات المزاج ، حتى أن كثيرا من المقامرين يعتبرون المقامرة وسيلة لعلاج الاكتئاب واضطرابات المزاج بصفة عامة. فقد يكون الانطواء أحد أسباب المقامرة ، وليس كما يعتقد المقامرون أنها الانبساطية.

ومن الأسباب المعقولة التي يوضحها المقامرون، تلك التي تتصل بالإيجابية والسلبية لدى المقامر، فعندما يرى الفرد أنه المسؤول عن أفعاله وتصرفاته فإنه لا يمارس المقامرة، حتى إن قام بممارستها فإنه سرعان ما يتركها ويتخلى عنها، وذلك على العكس من الفرد السلبي الذي يرى أنه لا يتحمل مسؤولية أفعاله وتصرفاته ويلقي باللوم على الظروف وعلى الآخرين، ومثل هذا الفرد سرعان ما يقع في المقامرة وسرعان ما تتطور المقامرة لديه لتصل لدرجة مرضية.

ومفهوم الإيجابية والسلبية الذي يتحدث عنه المقامرون، يقابل مفهوم وجهة الضبط Locus of control عند «روتر»، الذي ينقسم إلى:

١ـ وجهة ضبط داخلي Internal Locus of control

٢ـ وجهة ضبط خارجي External Locus of control

وتعني وجهة الضبط الداخلي أن الفرد يعزو سلوكياته وأسباب الفشل والنجاح إلى ذاته وأفعاله الخاصة، أما وجهة الضبط الخارجي، فهي على العكس من ذلك، تعني أن الفرد يعزو سلوكياته وأسباب فشله ونجاحه إلى عوامل خارجية مثل الحظ، والفرصة، والحسد، والقدر...إلخ.

وإذ طبقنا ذلك على سلوك المقامرة، نجد أنه كلما كانت وجهة الضبط الداخلي أكثر وضوحا في سلوك الفرد، أدى ذلك إلى ابتعاده عن المقامرة وتجنبها، وذلك على العكس من المقامر الذي ترتفع لديه سمه وجهة الضبط الخارجي، فنراه يفرط في ممارسة المقامرة. باختصار، ترتبط المقامرة ـ من وجهة نظر المقامرين ـ بوجهة الضبط الخارجي أكثر من ارتباطها بوجهة الضبط الداخلي.

والحقيقة أن العلماء قد اختلفوا فيما بينهم في تحديد وجهة الضبط لدى المقامرين ما بين مؤيد ومعارض، فبعضهم يرى أن المقامرة لا ترتبط في الأساس بوجهة الضبط (الداخلية والخارجية) والبعض الآخر يرى أن وجهة الضبط الخارجية فقط هي المسؤولة عن المقامرة.

وإذا اتفقنا مع المقامرين وبعض العلماء الذين يرون أن لوجهة الضبط دورا في ممارسة المقامرة، فإننا سنواجه المشكلة نفسها التي تواجهنا عند دراسة السمات، التي تتمثل في: السبب والنتيجة. هل السمة هي السبب أم النتيجة. وهنا يطرح السؤال نفسه: هل وجهة الضبط هي التي تؤدي إلى المقامرة (سبب)، أم أن المقامرة هي التي تؤدي إلى وجهة الضبط (نتيجة). وفي ظني أن المقامرة

تؤدي إلى وجهة الضبط الخارجي إذا كان المقامر يفرط في ممارسة اللعب والرهان ويقضي أوقاتا طويلة في المقامرة. فكثرة المقامرة تجعل المقامر غير قادر على التحكم في أفعاله وتصرفاته، وما يؤكد ذلك أن كثيرا من المقامرين المرضيين، لا يستطيعون التوقف عن المقامرة لأنهم يعانون من فقدان القدرة على التحكم، مع أنهم يتوهمون أن لديهم قدرة على التحكم في كل شيء، حتى في أقدارهم وعوامل المصادفة والحظ التي يتعرضون لها، وهو ما يعرف بوهم القدرة على التحكم، أو ما يسمى في التحليل النفسي بوهم القدرة المطلقة.

من خلال ذلك يتضح لنا أن هناك أسبابا متعددة يبديها المقامرون، وعلى الرغم من أنها أسباب سطحية ظاهرية قد تبتعد عن السبب الحقيقي الذي من أجله اندفع الفرد نحو المقامرة، لكنها في الوقت نفسه تلقي الضوء على العديد من العوامل النفسية التي تدفع المقامرين إلى الاستمرار في اللعب والرهان. وتتفاوت أسباب المقامرة كما يدركها المقامرون في درجة شيوعها وشدتها، فكلما كانت ممارسة المقامرة بإفراط وأكثر شدة ويقضي فيها المقامر أوقاتا طويلة، دل ذلك على مدى أهمية السبب الذي من أجله يقامر الفرد.

أسباب أخرى

نشير هنا إلى نقطة مهمة تلعب دورا أساسيا في أسباب المقامرة، ألا وهي العوامل الخاصة بالألعاب التي يمارسها المقامر. فالمقامرة لا يمكن أن تقترن بلعبة واحدة فقط يمارسها الجميع، كما أنه لا يصح أن نقول إنه لكي يصبح الفرد مقامرا مرضيا فلا بد من أن يمارس لعبة بعينها، فهناك أنواع كثيرة من ألعاب المقامرة مثل، الروليت Roulett أو الدحروجة وهي عبارة عن دولاب صغير مسنن لإحداث سلسلة من النقاط على الصفائح المعدنية أو من الثقوب على الورق، والماكينة الشقبية Slot machine، وهي ماكينة تعمل بإسقاط قطعة نقدية في شقب أو شق صغير ضيق، وهناك البينغو Bingo. والبلاكجاك Blackjack، والبوكر Poker، والبريدج Bridge، والمراهنة في سباق الخيل Horse-racing. وكل هذه الألعاب تنتشر في المجتمعات الغربية وبعض منها نجده في مجتمعاتنا الشرقية العربية بصور مختلفة، وتختلف المجتمعات فيما بينها في تفضيل بعض الألعاب على الأخرى، كما أن بعض المجتمعات تخترع بعض الألعاب الخاصة بها دون غيرها، فعلى سبيل المثال نجد لعبة «الحلال

والحرام» من أشهر ألعاب المقامرة في المجتمعات العربية، وهي من ألعاب الزهر التي تعتمد على أن هناك أرقاما لزهر النرد (حلال) وأخرى (حرام). والأرقام الحلال هي «٢» و«٣» وتعرف بـ «الدوسه»، «٦» و«٦» تعرف بـ «الدُش»، و«٥» و«٥» تعرف بـ «الدبش»، وهذه الأرقام هي الأرقام الرابحة لذا تسمى بالحلال، أما بقية الأرقام فهي حرام، وهي الأرقام الخاسرة.

وكل مجتمع له ألعابه المفضلة، كما أن لكل مقامر ممارسته الخاصة التي يرى أنه يتقنها وأنها القادرة على تحقيق الهدف الذي من أجله يمارس المقامرة، فاختيار الفرد لنوعية معينة من المقامرة يرجع الى اعتقاده بأنها القادرة على تلبية بعض الحاجات النفسية لديه، سواء الإثارة والمخاطرة أو التشويق والإحساس بنشوة الانتصار أو الرغبة في إثبات الذات وتحدي الآخرين، وقدرة اللعبة على تلبية حاجات المقامر المادية أو «المعنوية» هي ما تجعله متمسكا بها ويفضلها على غيرها من الألعاب التي يراها عاجزة عن تلبية هذه الحاجات.

ومما يؤثر في تفضيل المقامر لنوعية معينة من الألعاب، درجة شيوع وانتشار هذه الألعاب في البيئة المحيطة، وما يؤدي إلى توافر وانتشار لعبة بعينها في بيئة معينة هو العامل الاقتصادي، الذي يعني كمية المبالغ المدفوعة في اللعبة، فكلما كانت المبالغ المدفوعة قليلة، زاد الإقبال على اللعبة، فثمن المقامرة يشكل بدرجة كبيرة انتشارها في المجتمع.

وقد أدى تشريع المقامرة في بعض الدول الأوروبية وفي الولايات المتحدة وأستراليا إلى انتشارها بعض الشيء، ولو أن طبيعة المقامر لا تحتاج إلى إذن أو تشريع لممارسة اللعبة، فكل ما يفكر فيه هو ألا ينقطع عن المقامرة مهما كان الثمن.

وربما تلعب التشريعات الدينية السماوية، التي تتفق مع التشريعات الوضعية للمجتمع، دورا في الحد من انتشار المقامرة في المجتمعات الشرقية العربية، لكنها لا تكون ذات فائدة إذا وصل المقامر إلى المرحلة المرضية فأصبح مقامرا مرضيا، فالنصيحة لهذا المقامر تزيد من الكبت لديه، سواء كانت النصيحة مغلفة في إطار ديني أو اجتماعي، فإنه لا يقبلها ويكثر من كبتها؛ فتؤدي في مرحلة لاحقة إلى الإفراط في المقامرة، وذلك لأن النصح والإرشاد يؤديان في مستوى آخر إلى زيادة جاذبية المقامرة لديه.

ومن العوامل التي تؤثر في انتشار المقامرة، النمط الحضاري والثقافي للمجتمع، حيث يعطي هذا النمط معنى إيجابيا أو سلبيا لعملية المقامرة، من حيث عاداته وتقاليده؛ فيساعد على توجيه أذهان الأفراد إلى توقع النتائج الإيجابية أو السلبية المترتبة على المقامرة، ولا يكتفي النمط الحضاري الثقافي بذلك فقط، بل إنه يضع قواعد معينة في حالة الامتناع عن المقامرة، وفي حالة الإقرار بها اجتماعيا، وذلك على أساس أن هذه القواعد تحدد ما ينبغي وما لا ينبغي عمله.

ومن أكثر الأمثلة وضوحا على دور النمط الحضاري والثقافي للمجتمع، ما نجده في أستراليا، فقد جرت العادات والتقاليد في غالبية المجتمعات هناك على أن الذكر عندما يصل إلى مرحلة المراهقة لابد أن يمارس المقامرة حتى يصبح في نظر المجتمع رجلا يعتمد عليه، تماما كما يحدث في اليمن، عندما يبدأ الغلام في تناول ومضغ أوراق «القات»(*) فينظر إليه على أنه أصبح رجلا، وقد جرت محاولات كثيرة للحد من انتشار ظاهرة مضغ القات لكنها باءت بالفشل، وذلك لأنها ظاهرة اجتماعية أقرب منها إلى الإدمان، يمتد تاريخها إلى القرن الرابع عشر الميلادي.

وتلعب الأسرة دورا مهما في الإقبال على المقامرة، فيزداد احتمال إقبال الأبناء على المقامرة عندما يكون أحد أفراد الأسرة من المقامرين وخاصة الأب، فتكون المقامرة نوعا من التقليد أو الاقتداء. وقد اتضح أن نسبة كبيرة من المقامرين كانوا من أسر يسودها التفكك وعدم الارتباط الأسري والاجتماعي، كذلك فإن معاملة الوالدين داخل الأسرة تدعم سلوك المقامرة، فإن كانت المعاملة يسودها التسلط أو التوتر وتفتقر إلى العطف والحنان، قد يتجه الفرد إلى المقامرة كنوع من العقاب والتحدي للوالدين أو للهروب من الجو الأسري الخانق في المنزل، فعندما يصبح المنزل قوة طرد وليس قوة جذب، تكون الفرصة سانحة للاندماج في المقامرة.

ومن العوامل الفعالة في الاندماج في المقامرة، جماعة الأقران والأصدقاء، خاصة إذا كانت اتجاهات هؤلاء الأفراد إيجابية نحو المقامرة، فيشجعون أصدقاءهم غير المقامرين على خوض هذه التجربة، كنوع من حب

(*) القات: شجرة خضراء أوراقها بيضاوية مدببة، تقطف للمضغ، والاسم العلمي لها catha edulis.

الاستطلاع والمسايرة الاجتماعية لأصدقائهم. ويعد تأثير جماعة الأقران قويا في حالة غياب الضبط الأسري والاستقرار بالمنزل، مما يدفع الفرد إلى قضاء أوقات كبيرة خارج المنزل مع الأصدقاء، فيضطر تحت ضغط الجماعة إلى أن ينصاع لرغباتهم.

ويلعب النوع (ذكر - أنثى) دورا مهما أيضا في ممارسة المقامرة، فتجد أن الرجل أكثر ممارسة للمقامرة من المرأة، حتى في المجتمعات الغربية التي تشرع المقامرة، وذلك لأن معظم العادات والتقاليد الاجتماعية والتشريعات أيضا، ترى أن المقامرة ظاهرة تخص الرجال أكثر من النساء، وفي حالة ممارسة المرأة للمقامرة نجدها تقبل الألعاب التي تعتمد على العشوائية والحظ والمصادفة، أما الرجال فإنهم يمارسون جميع ألعاب المقامرة، كل حسب رغبته.

كما يلعب العمر دورا مهما في ممارسة المقامرة، فغالبا ما يقامر الفرد في مرحلة الشباب أو في مرحلة المراهقة المتأخرة، وتنخفض احتمالات المقامرة في الشيخوخة، وتنعدم تماما في الطفولة، كما يساهم العمر في اختيار الفرد لنوعية اللعبة التي يقامر بها، فغالبا ما يتجه الشباب نحو الألعاب التي تعتمد على المهارة، بينما يقبل كبار السن على الألعاب التي تعتمد على المصادفة والحظ.

ويطلق العلماء على أسباب المقامرة التي لا تتصل بسيكولوجية الفرد، مصطلح الأسباب البعيدة distal causes، وهي كما ذكرنا: العمر والنوع وجماعة الأقران والأصدقاء والأسرة والنمط الحضاري والثقافي للمجتمع والتشريعات الدينية والاجتماعية والعوامل الخاصة بألعاب المقامرة.

ويجب أن نشير إلى أن الأسباب البعيدة للمقامرة تصبح ذات تأثير إذا ارتبطت بسيكولوجية الفرد، أو ما يطلق عليه العلماء الأسباب القريبة للمقامرة proximal causes.

فالكثير من الأفراد يعانون من التفكك الأسري، ويقيمون علاقات اجتماعية مع المقامرين، ولديهم بيئة تدعم سلوك المقامرة، وعلى رغم هذا لا يقبلون على المقامرة، وذلك لعدم توافر الأسباب التي تتصل بسيكولوجية الفرد نفسه (الأسباب القريبة).

نموذج الحالة - الحاجة: Need - state model

يحاول نموذج الحالة ـ الحاجة Need - state model البحث في أسباب المقامرة بوصفها أسبابا ذاتية فردية تلبي احتياجات خاصة للفرد، وليست أسبابا واحتياجات عامة تنطبق على كل الأفراد. وطبقا لهذا النموذج يصبح كل مقامر حالة فريدة من نوعها قد تتشابه مع بعض المقامرين، لكنها لا تتطابق بالضرورة مع جميعهم، فلكل مقامر أسبابه وحاجاته التي تدفعه إلى المقامرة، والتي يجني من ورائها بعض المكاسب المادية والمعنوية أو الاثنتين معا.

فقد يقامر الفرد بسبب ما لديه من اضطرابات مزاجية كالشعور بالاكتئاب، وفي اعتقاده أن المقامرة هي الوحيدة القادرة على تعديل هذا الشعور، وكذلك معالجة الاضطرابات المزاجية المتضمنة فيه والناجمة عنه، وقد يقامر الفرد للتخلص من الشعور بالملل واليأس أو الهروب من المشكلات الشخصية والأسرية والضغوط النفسية الناجمة عنها. وقد يقامر الفرد من أجل الفوز بالمال وذلك لحاجته الشديدة إليه. والبعض الآخر ربما يقامر من أجل الإثارة أو الحصول على الهيبة والمكانة والإحساس بتقدير الذات والاعتراف من قِبل الآخرين بأنه الأفضل، وذلك لحاجته إلى تعويض ما يشعر به من نقص ودونية.

فكل مقامر له أسبابه الخاصة وحاجاته الذاتية التي تدفعه إلى المقامرة، وربما تتعدد الأسباب والحاجات بتعدد المقامرين أنفسهم.

إن نموذج الحالة ـ الحاجة يجعل من المقامرة ظاهرة فردية تتشكل حسب طبيعة وظروف كل فرد وحاجاته الشخصية، وإذا صح ذلك تصبح المقامرة ظاهرة غير علمية، فالعلم لا يدرس ظواهر فردية، صحيح أن لكل مقامر دوافعه الشخصية للمقامرة وحاجاته الخاصة، إلا أن هذه الدوافع وتلك الحاجات يشترك فيها كثير من المقامرين، لكنها تبدو واضحة لدى البعض وكامنة لدى البعض الآخر.



٦ سلوك المخاطرة لدى المقامرين

إن المقامرة ليست مجموعة من القواعد الشكلية التي تفرض نفسها على سلوك الفرد، بل هي صراع حي، ومخاطرة ومجازفة عبر الكثير من العوائق، في سلسلة ديناميـة من الخبرات المليئة بالتردد والتعثر والتحسر وعدم الثقة في النجاح.

فحياة المقامر حياة مخاطرة، قد يتعثر فيها، لكنه لا يتوقف، وربما يتلاشى الأمل لديه، لكنه لا يموت، وأحيانا يختفي الخوف لديه، لكنه لا ينطفئ، وبين هذا وذاك نجده يحاول الهرب من المخاطرة، لكنه دائما يعود إليها، وذلك على الرغم من أنها تستولي ليس على أمواله فقط، بل تأخذه هو وأمواله.

فالمقامر ـ خاصة المقامر المرضي ـ في سعي دائم ومستمر وراء المخاطرة، فلا تجذبه المخاطرة ولا تساعده على الانزلاق فيها، وإنما هو نفسه الذي يسعى وراء ذلك.. فالمصيدة لا تطارد الفأر. وإذا كانت المخاطرة قرارا مجنونا، فإن المقامر يحاول أن يضفي عليها صفة العقل، ذلك لأنه يحب اللعب والخطر، ويحب

«سعادة المخاطر العادي في النتائج الإيجابية للفعل، أما سعادة المخاطر المقامر ففي تذوقه للمخاطرة ذاتها»

المؤلف

الذي يخيفه حتى يحتمي به، فهو يخاطر لأن الشيء الوحيد الذي يخاف منه هو الخوف، فإذا كان الخوف من المخاطرة يبعد الفرد عن ممارسة المقامرة، فإن المقامر يرى أن المخاطر تباعد بين الفرد وبين الشعور بالخوف.

وإذا كان الإنسان يجتهد من أجل البحث عن الراحة، فإن المقامر لا يهدأ إلا بالبحث عن المتاعب المخاطر، وكأنما يحاول أن يعكس القضية فيجد مشكلة لكل حل، فعلى رغم التوتر والقلق الذي يعانيه في أثناء اللعب، وعلى رغم فقده الراحة، فإنه يرى أنه كسب الشجاعة وحب المخاطرة وأصبح أجرأ على الفعل... ولكن بجنون وليس بغباء، فبالمال اخترع المقامرة وبها اخترع المخاطرة ليضمن لنفسه البقاء، فهو يرى أنه إذا كان للقطة سبع أرواح، فإن للمقامر أرواح سبع قطط.

وفيما يتصل بمفهوم سلوك المخاطرة Risk - taking، فهو مفهوم حديث نسبيا بدأ الاهتمام به من جانب علماء النفس، بالتحديد العام ١٩٥٠. لكن البداية العلمية الحقيقية كانت في الفترة ما بين العامين ١٩٧٠ و١٩٨٠، ولكي نحدد معناه لابد من أن ندرك في مضمونه أنماط الخسارة ودرجة الخطر، ورد فعل المخاطر نفسه، كما يجب النظر لسلوك المخاطرة من جوانبه الإيجابية والسلبية، حيث إنه سلوك لا يشمل الجانب السلبي فقط، بل قد يكون أحد سلوكيات حل الضغوط Coping behavior ، كما يجب عندما نريد تحديد هذا المفهوم أن نتناوله من جوانبه السلوكية المتعددة، المعرفية والانفعالية والنفسية والاجتماعية. وترى غالبية الدراسات الحديثة والاتجاهات المعاصرة - التي تهتم بسلوك المخاطرة - أنه مفهوم يشمل الوجود الكلي ubiquitous ، لأن المخاطرة توجد في شتى جوانب المعرفة، سواء في الاقتصاد أو القانون أو الإدارة أو العلوم البيئية، بل في التكنولوجيا والطب والفلسفة والاجتماع وعلم النفس أيضا، وإذا كان الفضل يرجع إلى علم النفس في ظهور هذا المفهوم، فليس معنى ذلك أن دراسته مقصورة عليه فقط، بل تتناوله كل العلوم.

واستخدم الباحثون في سلوك المخاطرة مصطلحات كثيرة للتعبير عنها، مثل السلوكيات الاندفاعية Impulsive behavior والبحث عن الإثارة Sensation seeking، وعدم الكف السلوكي behavioral disinhibition، وكلها مصطلحات تشير إلى عدم القدرة على كف الدفعة السلوكية، التي تعبر عن سلوك المخاطرة الذي نجده بوضوح في المقامرة المرضية.

وسلوك المخاطرة، هو السلوك الذي يضع المقامرين موضع الخطر ويعرض حياتهم للتهديد، وهو أحد جوانب السلوك الناتجة عن الاختلال الوظيفي. الذي يرتبط بالفناء والسقم والاعتلال Moralities and Morbidity ليشمل بذلك جوانب كثيرة من السلوكيات التي يتجنبها كثير من الأفراد، ولكن يقبل عليها كل المقامرين المرضيين، فمن خلال المقامرة يرى المقامر لذة ومتعة في الخطر، فهو دائما يتطلب الإثارة والتشويق، واضعا نفسه نهبا للحظ والمصادفة والعشوائية، فإذا كان الفرد العادي يتجنب المخاطرة لأنه يرى فيها تهديدا له، فإن المقامر يرى في التهديد نوعا من أنواع المكافأة.

وسلوك المخاطرة، سلوك إرادي، نتائجه السلبية محددة ومعروفة مسبقا، من حيث ارتباطه بالفناء والعدمية، ولكن النتائج الإيجابية لهذا السلوك غير محددة أو معروفة، وقد يشترك كثير من الأفراد في أفعال تتسم بالمخاطرة لعدم خبرتهم بعواقب الأمور، والنتائج السلبية الضارة لهذه الأفعال، أملا في الربح بشيء كبير، أما المقامر فإنه يخاطر بنفسه عن طريق المقامرة، على رغم معرفته بآثارها الضارة، وهذا ما يفسر لنا الطبيعة المرضية له، وكثير من المقامرين يبررون سلوك المقامرة لديهم بالرغبة في الربح والمال، ولكن الرغبة الحقيقية لهم، هي الرغبة في الإثارة والتشويق، وإلا فلماذا لم يكف المقامر عن هذا السلوك في اللحظة التي يفوز فيها بالكثير من الأموال.

من هنا يتضح لنا أن سلوك المخاطرة لدى المقامر استجابة عقلانية لشيء غير مؤكد، يحدث مستقبلا، فالمخاطرة فعل عقلاني يحقق بها المقامر حاجة أساسية له وهي الإثارة والتشويق. وتلك الحاجة يصعب تحقيقها من خلال الأساليب السوية العادية.

وإذا كانت المخاطرة تحقق للمقامر الإثارة والتشويق فإن المقامر عندما تتحقق له هذه الإثارة، فإنما يحقق معها أشياء كثيرة أخرى، مثل القضاء على الملل، والابتعاد عن المشكلات المزمنة في حياته، والقضاء على الشعور بالقلق والاكتئاب.

وإذا كنا نقول إن سلوك المخاطرة لدى المقامر، فعل عقلاني، فقد يحتوي أيضا على دفعات غير عقلانية ترتبط باضطرابات خاصة في الشخصية، كما ترتبط أيضا ببعض الجوانب النفسية المرضية، إذ يرى المقامر أنه من خلال المخاطرة والمجازفة سوف يتحكم في البيئة، والمصير أيضا، وهو ما يبدو واضحا في وهم القدرة على التحكم، الذي نوضحه فيما بعد.

ويزداد سلوك المخاطرة لدى المقامرين عندما تزداد لديهم بعض الصعوبات الانفعالية والاضطرابات النفسية، والضغوط النفسية. ولكن كيف تكون مخاطرة المقامر في ازدياد عندما تزداد الضغوط؟ كيف يكون ذلك والمخاطرة ذاتها نوع من أنواع الضغوط؟ إن المخاطرة تمثل ضغطا لدى الفرد العادي السوي، أما لدى المقامر المرضي، فإنها حدث مثير ومشوق يقضي على الإحساس بالضغوط، فالمخاطرة تعفي المقامر من المواجهة مع الموضوع الحقيقي للضغوط. حتى وإن كانت المقامرة في بعض الأحيان تمثل حدثا ضاغطا ـ وليس مشوقا ـ للمقامر، فإنها ضغط يقدر عليه ويستطيع مواجهته كثيرا، أما الضغوط النفسية الأخرى، فهو لا يستطيع مواجهتها مطلقا.

والمقامر يخاطر من أجل الحاجة إلى التغيير والتطلع إلى الأشياء غير المألوفة والخبرات والإحساسات المعقدة، التي تتيح للفرد التفوق والسيطرة.

من خلال ما تقدم يتضح لنا أن سلوك المخاطرة يستخدم بمعنيين:

- معنى بسيط: يرى أن سلوك المخاطرة هو وضع الفرد في حالة خطرة.
- معنى مركب: يرى أن سلوك المخاطرة له أهميته ودلالته لكل السلوكيات التي تهدد حياة الشخص وأنه يعبر عن الاختلال الوظيفي للسلوك.

لذا يرى «بيل وبيل» أننا إذا استخدمنا مفهوم سلوك المخاطرة بمعناه الشامل المعقد، فسوف نضع أيدينا على كثير من الاضطرابات الوظيفية للسلوك، لذا لابد أن نهتم بسلوك المخاطرة بوصفه مفهوما مركبا يعبر عن اختلال وظيفي في السلوك، وليس بالضرورة أن يكون هذا الاختلال سلبيا، فقد يكون تعبيرا عن الاختلاف وليس الاختلال، وعن الإيجابية الخلاقة لا السلبية الهدامة. وهو ما ينطبق مع ما يعرف باشتهاء المثير Adient motivation drive.

ومن خلال فهمنا لسلوك المخاطرة بهذا الشكل، نستطيع أن نفهم السلوكيات المدمرة للذات والمجتمع التي من أهمها سلوك المقامرة والجنس والاعتماد على المخدر والجريمة وانحراف الأحداث، تلك التي تعتبر جميعها مقدمة لسلوك المخاطرة. لذا لا يعبر سلوك المخاطرة عن سمة أو خاصية بقدر ما يعبر عن منهج جديد وطريقة للتعرف على سلوكيات الأفراد، وإجابة متعمقة لبعض القضايا السيكولوجية، التي طالما حاول علماء النفس أن يوضحوها، مثل السلوك التوافقي. فسلوك المخاطرة له جانبان: إيجابي وسلبي وليس كما يظن بعض الباحثين أمثال درايفوس Dryfoos أن سلوك المخاطرة يدخل ضمن أعراض السلوك المشكل Problem behavior syndrome.

وغالبا ما تكون النظرة سلبية لسلوك المخاطرة، وذلك لارتباطه بسلوك المقامرة، فلم تزدهر أبحاث المخاطرة إلا عندما جعلت من المقامرة موضوعا لها، والعكس صحيح أيضا، فلم تزدهر أبحاث سلوك المقامرة إلا في علاقاتها بسلوك المخاطرة. ومما يدل على ذلك أن مفهوم سلوك المخاطرة لم يلق كل هذا الاهتمام عندما كان يأخذ من الجنس والجريمة وانحراف الأحداث موضوعات له.

وهناك علاقة قوية بين سلوك المخاطرة وسلوك المقامرة، ويبدو ذلك في استخدام اللفظين - (يقامر، يخاطر) - في اللغة العربية، حيث يستعمل هذان اللفظان بمعنى واحد، وكأن المقامرة والمخاطرة وجهان لشيء واحد. حتى أن سلوكي المخاطرة والمقامرة يتشابهان في تعدد وتنوع أنماطهما. فبالنسبة إلى سلوك المقامرة وأنشطة المقامرين نجدها تتنوع فيما يلي:

١- الألعاب التي تعتمد على المصادفة والحظ، مثل الروليت Roulette والبينغو Bingo واللوتو Lotto والبلاكجاك Blackjack.

٢ - الألعاب التي تجمع بين المصادفة والحظ والمهارة والخبرة، وهي ألعاب الورق، مثل البوكر Poker والبريدج Bridge وسباق الخيل Horse Racing، والماكينة الشقبية Slot machine

أما فيما يتصل بسلوك المخاطرة، فأشكاله كثيرة ومتنوعة، نجدها في عدة أنماط تشمل ما يلي:

١- البحث عن الإثارة Sensation seeking، وذلك مثل تسلق الجبال وسباق السيارات والتحليق في السماء Skydiving.

٢- السلوكيات الاندفاعية: Impulsive behavior وذلك مثل النشاط الجنسي وإدمان الكحوليات والاعتماد على المخدر، وانحراف الأحداث والقتل.

٣- عدم الكف السلوكي behavioral disinhibition مثل المقامرة المرضية.

وإذا كانت المقامرة والمخاطرة متشابهتين من حيث الشكل أو المضمون، فإنهما تختلفان في الكثير من الأمور، فقد يحدث سلوك المخاطرة بشكل فردي، أما سلوك المقامرة فلابد من أن يحدث في وجود الآخرين، لذا يرى «إدوارد» أن المقامرة هي الشكل الحقيقي للمخاطرة، لأنها تشمل بعدي الخسارة والآخر.

وترى نظرية اتخاذ القرار decision making theory أن سلوك المخاطرة نوع من الاحتمالات لنتائج واضحة نسبيا، وبقدر هذا الوضوح، يكون إغراء المخاطرة، شريطة أن يتخذ الفرد قرارا في اتجاه معين.

وتختلف المخاطرة عن المقامرة، فالمخاطرة باتخاذ قرار في الحياة اليومية تختلف عن تلك التي تحدث على الموائد الخضراء، فالنتائج هنا غير واضحة تماما، إلى جانب أن اتخاذ قرار المخاطرة تكون له متعة وإثارة ينشدها المقامر، بل إنه يمارس المقامرة أحيانا من أجلها. أما المخاطرة في الحياة اليومية فتمثل نوعا من الضغوط والضيق والتوتر الخالي من المتعة والإثارة، لذا نجد «ويلسون» يقول: «إذا قبلت أن تخاطر، فلا بد عليك من أن ترى جميع الاحتمالات في الأشياء والأحداث غير المؤكدة نتائجها، أما حينما تقبل أن تكون مقامرا، فلابد أن تكون مخاطرا، حتى تعطيك المخاطرة القدرة على إدراك جميع الاحتمالات للنتائج».

وترى نظرية الاختيار العقلاني في تفسيرها لسلوك المخاطرة، أن الفرد يتخذ لنفسه سلوكا هادفا لتحقيق رغباته، سواء كانت هذه الرغبات بيولوجية أو اقتصادية أو نفسية أو اجتماعية، وفي بعض الأحيان يصعب تحقيق هذه الرغبات، حيث تقف البيئة عائقا أمام تلبية تلك الرغبات، إضافة إلى أن تحقيق تلك الرغبات يتطلب مزيدا من المخاطرة، فكلما ارتفعت معدلات المخاطرة لدى الفرد، كانت الحاجة إلى تحقيق الرغبة قوية.

وعندما يوضع الفرد بين الرغبة والمخاطرة يكون كمن يوضع بين شقي رحى، أو بين المطرقة والسندان، فإما أن يتنازل عن رغبته ويعفي نفسه من قلق المخاطرة، فيشعر بالإحباط، وإما أن يواجه رغبته - بما يحيط بها من صراع ومخاطرة - فتكون النتيجة، إما الظفر بالنصر، أو الخسارة الفادحة لعدم تحقيق الرغبة من ناحية، والشعور بالإحباط من ناحية أخرى.

ويتضح من ذلك أن سلوك المخاطرة هو أحد دوافع السلوك التي تتمثل في الحاجة إلى الإنجاز، مما يعني أنه ليس كل ما في المخاطرة سلبيا، بل إن لها جوانبها الإيجابية أيضا.

وإذا كانت هذه هي طبيعة المخاطرة لدى الفرد العادي، فإن الوضع يختلف مع المقامر المرضي، فإذا كانت لدى الفرد العادي وسيلة لتحقيق غاية، فإنها لدى المقامر المرضي وسيلة وغاية في آن واحد، وقد تكون في أحيان كثيرة غاية في حد ذاتها، فنجد المقامر يخاطر من أجل المخاطرة والبحث عن الإثارة.

وإذا كان الفرد العادي يخاطر عندما يعهد إليه ببعض المسؤوليات التي تتطلب قرارا معينا فإن المقامر يخاطر من أجل المخاطرة وحيث لا يكون معنيا بتحمل أي مسؤولية. لذا يرى كثير من العلماء، في إجاباتهم عن السؤال التقليدي: لماذا يقامر الناس؟ أنه من أجل المخاطرة والإثارة التي ترضي فضول المقامر. فقد أوضحت العديد من الدراسات أن هناك علاقة قوية بين سلوك المخاطرة والمقامرة المرضية، وأن هذه العلاقة لا تقف فقط عند حدود العوامل النفسية والاجتماعية بل تشمل عوامل بيولوجية وعصبية أيضا.

فسلوك المخاطرة يؤدي إلى الإثارة التي تعمل بدورها على إحداث تغيرات جسمية تتمثل في زيادة ضربات القلب، وزيادة إفراز العرق، وارتفاع ضغط الدم، وهذا ما يفسر لنا رعشات النشوة لدى المقامر أثناء الفوز. وقد أوضح الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع، أن معظم المقامرين يمارسون المقامرة بحثا عن الإثارة والتشويق والخطر، أكثر من بحثهم عن المال، كذلك فإن كثرة المقامرة قد ترجع إلى أن المقامر يريد قدرا معينا من الإثارة لم يصل إليه بعد، وفي سبيل ذلك قد يخسر كل ما يملك دون أن يتوقف، وعلى رغم تكرار محاولات وأساليب المقامرة، فإنه لا يشعر بالملل منها، لأنه لا يقامر من أجل المال أو التعويض فحسب، وإنما من أجل مستوى معين من الإثارة، يتحقق عن طريق الانخراط في سلوكيات خطرة.

وما يدعم سلوك المخاطرة لدى المقامر، الخبرة الانفعالية التي يمر بها بعد المقامرة، حيث يتخلص من الشعور بالملل ويشعر بالإنجاز أيا كانت النتيجة، مكسبا أو خسارة، وقد يكون المال أحد المدعمات الأساسية لسلوك المخاطرة إذا كانت العوامل الاجتماعية والطموح الشخصي والرغبة في المال، تلعب دورا مهما في حياة المقامر.

ويروي «زوكرمان» في نظرية البحث عن الإثارة Sensation - seeking theory أن المقامر المرضي يستمتع بالمخاطرة بأمواله، وبحالة عدم التأكد من النتائج، تلك الحالة التي تبعث في نفسه الشعور بالإثارة والتشويق، وكلما كانت المثيرات في المقامرة أكثر تنوعا وتعقيدا، كانت أكثر متعة للمقامر المرضي ولا تهم النتيجة، المهم هو الحصول على قدر معين من الإثارة. ويرى زوكرمان أن المقامر المرضي لديه نسبة عالية من المخاطرة أعلى من المقامر العادي ومن غير المقامرين، ومن خلال ذلك يجيب زوكرمان عن السؤال القائل:

هل المقامرة هي التي تؤدي إلى سلوك المخاطرة، أم أن المخاطرة هي التي تؤدي إلى سلوك المقامرة؟ أي هل المقامرة سبب أم نتيجة؟ يوضح زوكرمان أن المخاطرة هي التي تؤدي للمقامرة، أي أنها السبب وليست النتيجة.

لكن سلوكي المخاطرة والمقامرة متداخلان لدرجة كبيرة، بحيث يصعب تحديد ما إذا كانت المخاطرة هي السبب أم النتيجة للمقامرة، فالمخاطرة قد تجعل الفرد مقامرا، ولكن المقامرة أيضا قد تغير من سلوكيات الفرد، فيتحول من حالة المخاطرة إلى حالة اللامخاطرة، فقد تؤدي المخاطرة الكبيرة بالمقامر إلى حالة من الاكتئاب، مما يغير من الحالة المزاجية الإيجابية التي كان يشعر بها في أثناء المخاطرة إلى حالة الانسحاب. ويجب أن نشير إلى أن هذا التغيير يحدث لكل مستويات المقامرة باستثناء المقامرة المرضية التي تكون المخاطرة فيها غاية في حد ذاتها ولا يغيرها شيء.

ويرى «ووكر» أن علاقة سلوك المخاطرة بالمقامرة، هي علاقة تشبه علاقة المنحنى الاعتدالي، بحيث نجد أن غير المقامرين ومتوسطي المقامرة تكون لديهم نسبة بسيطة من المخاطرة، أما المفرطون في المقامرة heavy gamblers فتكون لديهم نسبة عالية من المخاطرة، فعلى قدر المقامرة تكون المخاطرة.

وهنا يطرح سؤال نفسه: إذا كانت الإثارة والمخاطرة هما الدافع الأساسي للمقامرة المرضية، فلماذا تكون هذه الإثارة وتلك المخاطرة خبرة باعثة على اللذة لا الألم، مع أنها في الأساس خبرة مؤلمة؟ لماذا تخضع المخاطرة لمبدأ اللذة مع أنها تؤلم المقامر؟ والإجابة لدينا تتضح في أن المقامر مازوخي بطبعه، وما نراه مؤلما يكون باعثا على اللذة لديه، فالألم بالنسبة إليه يعمل بمنزلة تكفير عن الشعور بالذنب.

ويرى بعض الباحثين أن الشعور باللذة للمخاطرة في أثناء المقامرة ينبع من ظهور حالتين مختلفتين هما:

عدم التأكيد Uncertainty والتأكيد certainty

وبين هاتين العمليتين يظهر عامل التشويق والإثارة، والرغبة الملحة في الانتقال من حالة عدم التأكد إلى حالة التأكيد، أي الانتقال من الشك إلى اليقين، وهو ما يجعل الإثارة نوعا من اللذة وليس الألم.

ويظهر بين حالتي التأكيد وعدم التأكيد نوعان من التدعيم:

١ـ التدعيم الإيجابي: ويظهر في حالة الفوز.

٢ـ التدعيم السلبي: ويظهر في حالة الخسارة.

ويرى «اسفندسن وجرايفن» أن الرغبة في المخاطرة والإثارة تزداد في أثناء المقامرة في الحالات الآتية:

١ـ عندما يشعر الفرد بالوحدة والغضب والاكتئاب، أو يكون تحت تأثير الضغوط النفسية.

٢ـ عندما يريد المقامر أن يتوافق مع أحداث الحياة الضاغطة، كموت حبيب أو فقدانه.

٣ـ عندما يريد المقامر أن يتوافق مع بعض مشاكله بالهروب منها، خاصة إذا كانت مشاكل شخصية أو أسرية.

٤ـ عندما يريد تفريغ شحنة عدوانية على الآخرين.

ويرى اسفندسين أن المقامرة أحد أنواع المخاطرة، وقد لا نكون مجانبين للصواب عندما نقول إن المقامرين ترتفع لديهم سلوكيات المخاطرة، وذلك لأن المقامرة هي شكل من أشكال المخاطرة.

ويرى «ستيجبور» أن سلوك المخاطرة يزداد إذا كانت المقامرة قد وصلت إلى درجة الإدمان، وأصبح المقامر في المستوى الثالث المرضي، كما يوضح كاسينوف أن سلوك المخاطرة يزداد كلما كان المقامر ذا اتجاهات إيجابية نحو المقامرة. ويحدد «درايفوس» بعض الخصائص العامة للأفراد المفرطين في سلوك المخاطرة وهي:

انخفاض في التحصيل، وضعف في المهارات الاجتماعية العامة، ونقص في التدعيم الوالدي، وانخفاض المقاومة والاكتئاب والتوتر.

كما يرى «كاتز» أن سلوك المخاطرة يزداد لدى المقامرين الذين يتصفون بالعدوانية الشديدة وكثرة تناول الكحوليات.

ولا يكفي لدراسة سلوك المخاطرة لدى المقامر أن نرى فقط الحالات التي يزداد فيها هذا السلوك، بل يجب أن نحدد خصائص المقامر ذي السلوك المنخفض من المخاطرة، ويساعد ذلك على معرفة طبيعة المقامر، هل هو مقامر مرضي، أم مقامر اجتماعي يقامر من أجل التسلية، ذلك لأن الإفراط في سلوك المخاطرة من خصائص المقامر المرضي، وفي ضوء ذلك يرى اسفندسن وجرايفن أن خصائص المقامر الذي ينخفض لديه سلوك المخاطرة هي كما يلي:

١ـ يدرك أن جميع المقامرين يتعرضون للخسارة.
٢ـ يشترك في أعمال اجتماعية مع الأسرة والأصدقاء.
٣ـ يقامر لوقت محدد.
٤ـ يحدد مسبقا القدر المقبول من الخسارة، والذي على أثره يتوقف عن المقامرة.
٥ ـ قرار المقامرة لديه يعتمد على الاختيار الشخصي.
٦ ـ لا يقامر عندما يشعر بأن الآخرين لا يقبلون ذلك.
٧ ـ المقامرة لديه عامل أساس لقضاء وقت طيب.
٨ ـ يتجنب اقتراض الأموال من الآخرين من أجل المقامرة.

ويكاد يجزم الدارس لسلوك المقامرة بأن كل الباحثين في هذه الظاهرة قد اختلفوا في جوانب كثيرة منها، إلا أنهم اتفقوا على شيء واحد فقط؛ هو أن المقامرة ترتبط ارتباطا وثيقا بسلوك المخاطرة، لكن لكل منهم رؤيته الخاصة في طبيعة سلوك المخاطرة والطريقة التي يرتبط بها بسلوك المقامرة.

ففي دراسة لزوكرمان وكولمان عن علاقة المقامرة بسلوك المخاطرة أوضح فيها الباحثان أن هناك علاقة قوية بين سلوك المقامرة وسلوك المخاطرة، فهذا الأخير هو الدافع الأول للمقامرة، ومن ثم إذا أردنا أن نعالج سلوك المقامرة، فلا بد من أن نعالج أولا سلوك المخاطرة. ويشير الباحثان إلى أن سلوك المخاطرة لا يمثل بعدا نفسيا فحسب، وإنما له أساس فسيولوجي ويمكن علاجه عن طريق تناول بعض العقاقير.

وفي دراسة لشافر وزملائه، أوضح فيها أنه كلما زاد إقبال الفرد على ممارسة المقامرة، أدى ذلك إلى دخوله في المستوى الثالث في المقامرة، وهو المستوى المرضي، فيصبح الفرد مقامرا مرضيا Pathological gambler، مما يجعله عرضة للإتيان بالسلوكيات الخطرة، مثل الإفراط في تناول الكحوليات، والتدخين بشراهة، والاستدانة، والسرقة والجريمة بشتى أنواعها، وكلما ارتفعت الدرجة في المقامرة المرضية، ارتفعت حدة هذه السلوكيات.

ويشير سميث وآخرون إلى أن سلوك المقامرة يرتبط ارتباطا دالا بسلوك المخاطرة، وليس له أساس فسيولوجي، لكنه قد يثير جوانب فسيولوجية مثل ارتفاع ضغط الدم، واضطراب الجهاز العصبي اللاإرادي.

وإذا كان البعض يربط بين سلوك المخاطرة والسيكوباتية، فإن سميث يرى أن سلوك المخاطرة لا يرتبط بالسيكوباتية، لأن السيكوباتية قد تشمل على جانب لا إرادي، أما سلوك المخاطرة فهو سلوك إرادي اختياري يرجع إلى المقامر نفسه.

ويرى «فيتارو وآخرون» أن سلوك المقامرة ينتج عن عدم القدرة على التحكم في الدفعات الخاصة بها، والتي من أهمها سلوك المخاطرة الذي يعتبر مطلبا أساسيا لكل مقامر والذي ربما يجعله لا يتقبل العلاج منها.

ويشير «بول» إلى أن كثيرا من المقامرين لا يعتبرون سلوك المقامرة «مشكلة» ولا ينظرون له على أنه اضطراب يتطلب العلاج،

بل إن المقامرة في نظرهم، حل لكل مشكلة، وطريقة من طرق العلاج لكل المشكلات النفسية والاجتماعية، والسبب في ذلك هو ما تحظى به المقامرة من مخاطرة وتشويق وإثارة. ويرى كثير من المقامرين أنه لولا أن المقامرة تحظى بالمخاطرة والمجازفة لما قاموا بممارستها.

ويوضح بول أيضا أن الذكور أكثر مخاطرة من الإناث، وذلك لأن سلوك المخاطرة أحد أبعاد الاعتداد بالنفس، وهي سمة ذكرية أكثر منها أنثوية، تكون مقبولة لدى الذكور، ومرفوضة لدى الإناث. وهذا لا يعني أن سلوك المخاطرة منعدم لدى الإناث المقامرات بقدر ما يشير إلى انخفاض السمة بالمقارنة بالذكور.

وفي بعض الحالات يشير سلوك المخاطرة لدى الإناث إلى الرغبة في تعويض الخسارة، أما لدى الذكور، فيصبح سلوك المخاطرة عاملا أساسيا وغاية في حد ذاته، بغض النظر عن المكسب أو الخسارة. وبذلك يصبح سلوك المخاطرة لدى المقامرين الذكور صفة «ثابتة»، أما لدى الإناث المقامرين فهو صفة «متغيرة».

ويوضح «ليجوكس» أن المقامر المرضي غالبا ما يكون لديه اضطراب في التحكم في الدفعة impulse control disorder، وأصحاب هذا الاضطراب يعانون اضطرابات انفعالية تشمل: هوس السرقة Kleptomania وهوس الحريق Pyromania، بالإضافة إلى رغبة جامحة في البحث عن الإثارة والتشويق، ومن ثم يبدو المقامر المرضي أكثر بحثا عن المخاطرة كلما ازداد لديه الاضطراب في التحكم في الدفعة. ويشير ليجوكس إلى أن هناك علاقة

بين المقامرة المرضية وشدة الاضطرابات في التحكم في الدفعات، ويرجع ذلك إلى إدمان المقامر للكحوليات، والبحث الدائم المستمر عن الإثارة والمخاطرة. وتصل الرغبة في الإثارة إلى أقصى درجاتها لدى المقامر، إذا كان ممن ينتمون للمستوى المرضي الثالث من المقامرة (مقامرة مرضية) ويدمن الكحوليات، ويوضح ليجوكس أيضا أن العلاقة بين كل من المقامرة المرضية وإدمان الكحوليات، ليست مجرد علاقة شكلية تفرضها ظروف اللعب في نوادي المقامرة، كذلك فإنها ليست علاقة شرطية، وإنما هي علاقة دينامية تتضح في ثلاثة أمور:

١ـ الإثارة والبحث عن الإثارة

٢ـ الاندفاعية وسلوك المخاطرة

٣ـ الرغبة في التخفف من الإثارة والمخاطرة

فقد يتجه المقامر المرضي إلى التخفيف من حدة الإثارة والاندفاعية عندما تصل إلى درجة عالية، وإذا فشلت المقامرة في تحقيق هذه الرغبة، اتجه المقامر إلى تناول الكحوليات، لا لأنها تحقق الرغبة في الإثارة، أو تخفض من حدتها، ولكن لأنها تعمل على نسيان الإثارة، وتساعد على تركيز الانتباه في موضوعات أخرى تبعث على السعادة المؤقتة.

ويشير ليجوكس إلى أن بداية تناول الكحوليات لدى المقامرين يكون بصورة شكلية، فينظر المقامر للكحوليات باعتبارها أداة من أدوات المقامرة، ثم لا تلبث أن تتحول هذه الصورة الشكلية إلى صورة فعلية، تحقق أهدافا كثيرة من أهمها نسيان الرغبة في الإثارة.

ويرى «بلاذنسكي وستيل» أن هناك علاقة دالة جوهرية بين سلوك المقامرة المرضية، وسلوك المخاطرة والاندفاعية. وكلما ازدادت حدة الاندفاعية وسلوك المخاطرة، دل ذلك على أن المقامر المرضي يعاني اضطرابات سلوكية أخرى، أهمها الشعور بالتهديد، والممارسات الجنسية الشاذة، السيكوباتية.

وقد أشار «بريموس» إلى هذه الاضطرابات، وأضاف إليها إدمان الكحوليات وأوضح أن سلوك المقامرة كلما كان مرضيا، ارتفعت حدة سلوك المخاطرة.

ويربط «دايكسون» بين سلوك المقامرة وسلوك المخاطرة، ويرى أن كليهما يحدث عندما يتعرض الفرد لأنشطة معينة، تتصف بالفرصة والحظ والعشوائية، ويعتقد المقامر أن بإمكانه التغلب على الحظ وتطويع المصادفة

لمصلحته، والتحكم في نتائج الأشياء من خلال التدريب واكتساب المهارات الخاصة باللعبة، وهذا ما يعرف بوهم القدرة على التحكم illusion of control، أو ما يعرف لدى علماء التحليل النفسي بوهم القدرة المطلقة omnipotence، الذي يزداد كلما زادت احتمالات الفوز للمقامر.

وترى نظرية الفرصة أن الأفراد يقامرون عندما تكون للعبة جاذبية وتشويق وإثارة، بجانب أن لديهم فرصة كبيرة في الفوز، وترى هذه النظرية أن سلوك المقامرة لا يشير إلى بنيان نفسي مريض، بقدر ما يشير إلى طبيعة سوية ترغب في الإثارة والتشويق والربح.

وإذا كان الأمر، كما تشير نظرية الفرصة، فلماذا يستمر الفرد في الرهان والمقامرة على رغم الخسارة المتلاحقة وانعدام فرص الفوز، ولماذا يستمر الفرد في المقامرة برغم ما حققه من مكسب كبير؟ إن الإجابة يقينا: أن الهدف هو اللعبة في حد ذاتها، والإثارة والتشويق والمخاطرة الناتجة عنها، مما يؤكد أننا أمام بنية مريضة وليست سوية، كما تزعم نظرية الفرصة.

ويرى «ميلكر وبايرنس»، في دراستهما عن دور العوامل الشخصية والبيئية في سلوك المخاطرة، أن الإثارة وحب المغامرة، هما من أبعاد سلوك المخاطرة، وليست الواجبات والمهام التي تتطلب المهارة، فسلوك المخاطرة لدى المقامر يرتبط في أغلب الأحيان بالأفعال التي لا تتطلب المهارة، لأن المقامر يستمد شعوره بالإثارة من خلال المصادفة والحظ، وذلك لأن الأفعال التي تتطلب المهارة تنخفض فيها درجة الإثارة، فنتائجها معروفة مسبقا، بقدر معرفة المقامر بدرجة مهارته.

ويوضح فيتارو أن الفرد الاندفاعي الذي يحب الإثارة وسلوك المخاطرة، من السهل أن يكون مقامرا إذا توافرت له الظروف البيئية المناسبة، والاندفاعية ما هي إلا درجة بسيطة من درجات سلوك المخاطرة، وأن المقامر الاجتماعي يتسم بسلوك الاندفاعية وليس سلوك المخاطرة، أما إذا انتقل الفرد من المقامرة الاجتماعية إلى المقامرة المرضية، فإن سلوك الاندفاعية يتحول لديه إلى سلوك المخاطرة. ولا يتوقف هذا التحول على سلوك المقامرة فقط، بقدر ما يتوقف على عوامل أخرى تتصل بالثقافة والبيئة، والعرف والتقاليد، والمرحلة العمرية للمقامر.

ويربط «فولبيرغ» بين سلوك المخاطرة لدى المقامر، ونقص تقدير الذات، إذ يرى أن المقامر الذي يشعر بنقص في تقدير الذات، دائما ما يبحث عن المخاطرة والتشويق والإثارة، وهو بهذه الأفعال الخطرة يظن أنه قد جذب إليه الأنظار، وأصبح محط اهتمام الجميع بما قد يساعده على ترميم ذاته الخاوية من جديد، حتى إن كان ذلك على حساب نفسه بالخسارة الفادحة، أو على حساب الآخرين بالفوز عليهم.

ويرى «كوفينتري وبراون» أن سلوك المخاطرة لدى المقامر هو سلوك قهري لا يستطيع مقاومته على رغم علمه بمدى خطورته وعدم جدواه.

من خلال ما تقدم يتضح لنا أن ليس الشر في المقامرة، وإنما فيما تدفع إليه المقامرة، حيث يرى المقامر أنه ليس من شأن الجهد الإنساني أن يكون مضمون النجاح منذ البداية، بل لا بد لهذا الجهد أن يتم بالمخاطرة، مادام جهدا حرا يقوم على الاختيار. وهنا تفرض المقامرة شعورا غلابا لا يقهر، بأن المستقبل رهن بالذات وأن الواقع وحده لا يشبع نهم الإرادة البشرية، لذا فهي تتطلب دائما فكرة الغائية والجهد والألم والأمل والتفاؤل الشاذ المريض.

وكأن المخاطرة بالنسبة إلى المقامر، أصبحت مركز الحياة ومنبع السعادة والقيمة، وجواب على إشكال الوجود الإنساني المضطرب. فإذا كان الإنسان العادي ينشد الأمان ويطلب الهدوء ويسعى للاستقرار، فإن الأمر يختلف لدى المقامر المرضي، حيث يكون الخلو من المخاطرة والمواقف المباغتة بمنزلة العالم الميت الذي لا معنى له، فهو دائما على حافة الخطر، يقامر بحياته ويخاطر بها، ويواجه المجهول، ويعمل دائما على تحقيق شيء لم يكن في الحسبان باحثا عن الشك وشتى ضروب القلق، لأنه إذ يخاطر يعلن عن نفسه وعن حريته وتحديه للمستقبل.

وإلى حد ما، فإن الإنسان لا يولد مخاطرا وإنما يصبح كذلك عندما يقامر، فحياة المقامر نهب للمصادفة والاتفاق وعرضة للفشل دون أن يكون في وسع أحد أن يتكهن بالنتائج، فحياة المقامر وسلوكياته حافلة بالمخاطر، وما عليه إلا أن يعشق المخاطرة ويواجه الحاضر ويثق بالمستقبل وأنه سيكون يوما ما في مصلحته. والغريب لدى المقامر المرضي أنه يخاطر برغم أنه يصنف المقامرة تصنيفا خاصا. فهي من وجهة نظره: مقامرة خطرة ضارة ومقامرة خطرة تخفي ضررها.

ولا أظن أن هناك مقامرة خطرة وأخرى غير خطرة، وإنما هناك مقامرون سريعو التأثر وآخرون لا يتمتعون بذلك، فدرجة المخاطرة تتوقف على المقامر نفسه وليس على المقامرة. لذلك يجب أن نحدد بدقة معنى المخاطرة وأن يشمل هذا التحديد درجة المخاطرة.

ويلعب الإدراك دورا كبيرا في تحديد درجة المخاطرة، لكن الأفراد يختلفون فيما بينهم، وبدرجات مختلفة، في علاقتهم وإدراكهم للمواقف والأحداث المختلفة في الحياة اليومية، سواء كانت هذه المواقف وتلك الأحداث انفعالية أو اجتماعية أو شخصية، وذلك بسبب تفضيلهم لبعض أنواع الأداء دون غيرها، هذا التفضيل الذي يقوم في المقام الأول على مدركات معينة قد تكون صحيحة أو خاطئة.

فيلعب الإدراك دورا مهما في اختيار الفرد للمقامرة بحيث ينظر إليها بوصفها أحد أنواع الأداء المفضلة التي تمثل الحل السحري لكل المشكلات الشخصية، مما يشجعه على اتخاذ قرار المخاطرة الذي يتطلب منه أن يفحص كل الاحتمالات للنجاح أو الفشل، لكن ما يعيب هذا الفحص أنه ذاتي وغير موضوعي ويفتقر إلى الحيادية، مما يجعل المقامر يميل لاحتمالات النجاح دون الفشل، وذلك لأن إدراكه غالبا ما يكون إدراكا وهميا يسيطر عليه، وهم القدرة على التحكم الذي ينتج عنها النزعة المرتفعة للمخاطرة.

فإذا كان الأفراد في إدراكهم للموقف يختلفون في درجة الخوف من الفشل، وهو ما يحدد درجة المخاطرة لديهم، فإن المقامر المرضي لا يعرف الخوف، مما يجعله ذا نزعة قوية للمخاطرة، فكل ما يسيطر على تفكيره وخيالاته الأمل في الربح والفوز، الذي يصل في بعض الأحيان إلى يقين حتمي، فهو حتما سوف يفوز بثروة كبيرة، لكن القضية كلها تحتاج إلى وقت. وعندما ترتبط المخاطرة لدى المقامر بالفوز بثروة كبيرة، فإنه لا يدرك المخاطرة كهدف يستوعبه ويفهمه، وإنما يدركها بوصفها أحد الأسباب المفضلة للوصول إلى غايته، وقد جاء هذا التفضيل بعد سلسلة من التقييمات الشخصية الفردية التي تجاهلت تماما البيئة والمجتمع والدين ونصائح الآخرين.

من خلال ذلك يتضح لنا أن المقامر لديه استعداد إيجابي لتفضيل المخاطرة، وذلك لاعتقاده الوهمي بانعدام البدائل المتاحة، ويقينه الكاذب بأن النصر حتما سيكون حليفه في النهاية إن كان يشك في هذا الانتصار لحظة

اللعب، فإنه يرى أن الحظ ينتظره في النهاية لكن أين ومتى.. لا يعرف! وربما يكون عاملا الشك في الانتصار والجهل بميعاد النصر هما العاملين الأساسيين اللذين يؤديان إلى لذة الإثارة والتشويق والإفراط في المقامرة، وعدم التوقف عن اللعب برغم الخسارة المتتالية.

وقد تكون المخاطرة لدى المقامر سمة موقفية تحدث في موقف معين ولا تحدث في موقف آخر، فهي ليست نمطا من أنماط الشخصية وليست سمة مميزة، وإنما هي سمة نجدها غالبة في موقف المقامرة الذي يحدد طبيعة المخاطرة ودرجة تفضيل المقامر وانجذابه لها، لضخامة العائد وسهولة الحصول عليه إذا كان الحظ في جانبه. هذا بالإضافة إلى أن المقامر يعتقد أنه إذا لم يخاطر فهو خاسر، وليس أمامه سوى المخاطرة لانعدام كل البدائل، وبالتالي أصبحت المخاطرة «دالة» لمدلولات كثيرة، قد تكون الفوز بمال وفير، أو الشعور بلذة الإثارة والتشويق، أو الإحساس بالهيبة والمكانة، أو تحقيق بعض الدوافع العدوانية من لذة الانتصار على الآخرين، وربما تحقيق بعض النزعات المرضية المازوخية المتمثلة في تعذيب الذات بالهزيمة، وذلك للتخفيف من الشعور بالذنب. وعلى ذلك فإن المكافأة والثواب المتضمنين في سلوك المخاطرة يؤثران لدرجة كبيرة في استعداد المقامر للمخاطرة.

وطبقا لنظرية التوقع ـ القيمة Expectancy - value theory، نجد أن المقامر يخاطر طبقا لما يتوقعه من نتائج وثقته في النجاح، وفي ضوء الفوائد والأضرار المتوقعة من المقامرة، يرى أن أضرار المقامرة أقل بكثير من فوائدها، وربما لا يرى لها أي ضرر، إذن ارتفاع قيمة العائد من المقامرة، سواء كان عائدا ماديا أم معنويا، إلى جانب ارتفاع معدلات النجاح وتوقع الفوز، يجعلان المقامر أكثر مخاطرة ومجازفة بنفسه وبأسرته وبحياته المهنية وربما بكل شيء رمزي ومعنوي مثل الشرف والأخلاق والفضيلة والانتماء... إلخ.

وإذا كان «التوقع ـ القيمة» يحددان درجة المخاطرة، فإن عملية التوقع هذه تتحدد من خلال مدركات المقامر الوهمية لقدراته ومهاراته، وكلما ارتفع هذا الوهم ارتفع معه أيضا وهم التوقع بالنجاح. أما بالنسبة لعملية «القيمة» فإنها ترتبط بدوافع المقامر والقوى الاجتماعية والثقافية التي تؤثر فيه، والتي قد

تجعله ينظر إلى المقامرة بوصفها المصدر المادي الوحيد والطريقة التي يحل بها كل مشاكله المادية أو المعنوية، فأهمية المقامرة (كقيمة) تتحدد بناء على اهتمامات ودوافع المقامر ذاته.

والتوقع ـ القيمة لا يحددان درجة المخاطرة فقط، بل يحددان أيضا المشاعر الاكتئابية لدى المقامر، فخيبة الأمل التي يشعر بها المقامر لحظه الفشل في تحقيق أهدافه المزعومة، ترتبط بمدى أهمية الهدف وقيمته، فالفشل يعني فقدان فوائد كثيرة كانت ستتحقق إذا كانت توقعات المقامر صحيحة، لكن في بعض الحالات تؤدي هذه المشاعر الاكتئابية الى ارتفاع معدلات المخاطرة وذلك لسببين:

١ـ فشل توقعات المقامر يزيد من جاذبية الهدف الذي من أجله يمارس الفرد المقامرة.

٢ـ يخاطر المقامر بإفراط للتغلب على مشاعر الاكتئاب، ولكن إذا لم تحقق المخاطرة أهداف المقامر فإنه يبدأ في إعادة تقييم أهدافه، فيتجه إلى هدف جديد من خلال ألعاب أخرى ومراهنات مختلفة. المهم أن يكون في حالة من التواصل الدائم مع المقامرة فلا ينقطع عنها ولا تنقطع هي عنه.

من هنا نرى أن الآثار السلبية الناتجة عن المقامرة ستكون كبيرة جدا لدى المقامرين ذوي المخاطرة المرتفعة المدفوعة بتوقعات النجاح والقيمة الإيجابية.

وتتحدد معدلات ونسب المخاطرة لدى المقامر بناء على ما لديه من معلومات، فعندما يشعر المقامر بأن لديه القليل من الخبرة والمعلومات عن موضوع المقامرة، فإنه يخاطر بنسبة قليلة، أما إذا توافرت لديه المعلومات اللازمة عن موضوع المقامرة فإنه يخاطر بطريقه مفرطة. والحقيقة أن غالبية المعلومات التي يكونها المقامر هي معلومات غير موضوعية، وتكون ناتجة عن الدافع الذي يكمن وراء المقامرة، أي أن المقامر يقبل المعلومات التي تدعم ميوله الإيجابية للمقامرة ويرفض المعلومات التي تناهض رغباته وميوله.

وترتبط المخاطرة بمستوى الدافعية للإنجاز لدى المقامر، فترتفع المخاطرة عندما تنمو لدى المقامر دوافع الإنجاز وتحقيق النجاح بشكل سريع ودقيق يتسم بالتحدي والمنافسة.

ولكي نصف الفعل بالمخاطرة لا بد أن نحدد درجة الخطورة فيه من خلال ما يلي:

١ـ النتيجة السلبية للفعل، سواء كان ذلك ماديا أو معنويا.
٢ـ صعوبة تعويض الخسارة في فترة زمنية قصيرة.
٣ـ تعويض الخسارة يتطلب مزيدا من المخاطرة.

ويجب أن نشير إلى أن سلوك المخاطرة بصفة عامة يشمل جانبين:

- جانب سلبي: عندما لا يرى الفرد جميع الاحتمالات الصحيحة في الفعل، وعندما تكون المخاطرة غاية في حد ذاتها، وهذا ما نجده لدى المقامر المرضي.

- جانب إيجابي: يتمثل في إحاطة الفرد بكل جوانب الفعل، وشتى احتمالاته وعندما يكون سلوك المخاطرة مجرد وسيلة لغاية.

أما فيما يتصل بالمخاطرة في المقامرة المرضية، فهي تشمل الجانب السلبي فقط، لأن المقامر لا يستطيع الإحاطة بكل جوانب الفعل واللعبة، ويخاطر من أجل المخاطرة، ظنا منه أن بإمكانه التحكم في الظروف وإخضاع اللعبة لأهوائه، وهذا ما يعرف لدى المقامر المرضي بوهم القدرة على التحكم illusion of control، وهو ما يطابق وهم القدرة المطلقة لدى الطفل، فمن خلال هذا الوهم يظن المقامر أن بإمكانه التحكم في الحظ والمستقبل، وشتى ضروب المقامرة حتى التي يعتمد فيها على المصادفة والعشوائية ولا تتضمن أي نوع من المهارة الشخصية. وتصل درجة وهم القدرة على التحكم لأقصاها، عندما يظن المقامر أنه يستطيع التحكم جسمانيا في اللعبة، ويبدو ذلك بوضوح في الألعاب التي تعتمد على زهر النرد، حيث يظن أنه بحركة من أصابعه يستطيع الحصول على أي رقم، وهنا يبدو لنا أن المقامر واهم ومشكلته أن الوهم لديه ثقيل جدا، وعقله أخف من أن يتحمل ذلك، لذا أصبح الوهم سعادة المقامر، تلك السعادة التي جعلته يظن أن لديه الحاسة السادسة... وإن كان كذلك حقا فلقد فقد بقية الحواس الخمس!

إذن ترتبط المخاطرة لدى المقامر ببعض العوامل أهمها اتجاه المقامر من المخاطرة ذاتها، فبقدر ما يكون الاتجاه إيجابيا، تزداد المخاطرة لديه، وذلك لرغبة المقامر في تحطيم كل القيود والحدود، وتحدي القدر، والرغبة في احتواء المستقبل، فالمستقبل بالنسبة إليه يمثل نقطة تحدٍ، وهو لا يريد التفكير فيه، لأنه مبعث الشقاء ومصدر لكل الهموم، لذا يظن أنه بالمقامرة يستطيع الانتصار حتى على مصيره الآتي.

وعلى رغم أن المقامرين يلعنون المقامرة، فإنهم يتمسكون بها، لأن الرغبة في المخاطرة جعلتهم لا يعرفون إلا شرا واحدا (المقامرة) وخيرا واحدا (المخاطرة). وإذا نظرنا إلى الرغبة في المخاطرة لدى المقامر، نجدها تقلب موازين نظرية التوافق، فنحن نقول إن التوافق هو إزالة مثير، وخفض للألم، لكن الأمر يختلف مع المقامر المرضي، فالتوافق لديه جلب للمثير واشتهاء للذة الإثارة والألم، فلا يكون التوافق النفسي بذلك هو الرضا بالواقع، بل التمرد على الواقع وإعادة صياغته في ديالكتيك يجمع بين النقيضين، فتصبح المخاطرة بذلك مطلبا، لا مهربا، وهذا ما يعرف بلذة الاستثارة واشتهاء المثير.

ويذكر «مخيمر» في هذا الصدد أن الفرد يجد نفسه مدفوعا معا وفي الوقت نفسه بالرغبة في خفض وإزالة الاستثارة والرغبة في توليد التوتر واشتهاء الاستثارة، وهناك أمثلة كثيرة تدل على أن الإنسان يبحث دائما عن لذة التوتر والاستثارة، فالصغار يعشقون أن يقذف بهم الكبار في الهواء لأعلى، ثم يتلقفوهم قبل هبوطهم، وأيضا ولع الناس بالروايات البوليسية التي تحبس أنفاسهم بين الحين والحين Suspense، وكذلك التحمس عن طواعية لفريق من الفرق الرياضية، وما يتيحه ذلك من توترات محمومة في أثناء مشاهدة المباريات، كل ذلك يبعث على الاعتقاد أن دعوة «نيتشه» للإنسان أن يعيش في خطر، وعلى حافة بركان إنما تستند إلى دافع حيوي أساسي لدى كل فرد، يتناقض مع دافع المحافظة على الحياة خفضا للتوترات وإزالة للاستثارات، فكل شيء يبدو وكأن الفرد لا تكاد ترتفع به استثارة حتى يعمل على خفضها، أو لا تكاد تنخفض به استثارة حتى يعمل على توليدها من جديد وعلى رفعها. يذكرنا ذلك بتلك الغانية التي كانت لا تطيق أن ترى الكأس فارغة ولا أن تراها ملآنة، كل ذلك يحتم علينا أن نضع موضع الاعتبار والتمحيص المبادئ التفسيرية التي قال بها «فرويد»، فلو كان مبدأ الثبات حتى في صوره المتطورة (مبدأ اللذة ومبدأ الواقع) يجيب عن المحافظة على الحياة خفضا للتوتر وإزالة للاستثارة، فإن مبدأ اشتهاء المثير، مخاطرة بالحياة في خدمة غرائز الموت، لابد أن يحتل المكان المقابل الذي يحتله اليوم ومن دون مغفولية حقيقية مبدأ قهر التكرار.

من هنا يتضح لنا أن السلوك لا يمكن أن يقف فقط عند خفض التوترات، وكأنه مجرد شيء يعبأ بالتوترات فيعمل على خفضها، ولابد من الإيجابية تحقيقا للذات والإمكانات، فذلك صميم الإنسان بما هو إنسان، ومن هنا

تظهر أهمية المخاطرة بالحياة واشتهاء الاستثارة والمواقف الجديدة (وهو ما يظهر في سلوك المقامر المرضي). إن ديالكتيك الحياة يظهر هنا بكل قوته بحيث يخاطر الإنسان بالحياة رغبة في إثراء الحياة، بينما لا تبدو الديالكتيكية بكل هذا الوضوح في خفض التوتر (مبدأ الثبات واللذة والواقع). فكل شيء يبدو وكأن الحياة اشتهاء للإثارة أكثر منها خفضا للتوتر، تماما كما يحدث في السلوك الجنسي، فهو ليس غير سلسلة من تصاعد لذة التوتر أو التوتر اللاذ، بينما يقتصر خفض التوتر على اللحظة الختامية ليس غير، والتي لا يلبث أن يظهر في إثرها سلوك جديد يمضي متصاعدا بلذة مليئة بالتوتر حتى يبلغ لحظته الختامية التي تشكل قمته وعدمه معا.. وهذا كله يميل إلى الاعتقاد في أساسية مبدأ اشتهاء المثير وتبعية مبدأ «خفض التوتر»، مما يقلب المنظور الفرويدي الشائع رأسا على عقب، فالأساس هو اشتهاء المثير الذي يتيح للحياة أن تتحرك إلى مواقف جديدة تنطوي على مخاضات مريرة ولا شك، ولكنها تظل أبدا الرحم الأبدي لميلاد كل جديد وكل ابتكار ممكن، ومن ثم لكل تقدم وصيرورة، فالقضية لا تقف عند خفض التوتر لحد العدم، مما يعني الخفض المكتمل لتوتر الحياة، بينما تقوم غرائز الحياة على المعاناة والانشداد والاحتراق المضيء بالتوترات والصراعات التي تعني بالضرورة اشتهاء المثير والمواقف الجديدة.

اشتهاء المثير Adient motivation drive إذن، سلوك يزيد من تعرض الكائن لمثير أو استثارة بعينها، وذلك إما بالاقتراب من المثير أو بفعل يبقي على الإثارة، وهذا ما يطلق عليه «بتلر ورايس» حافز الجوع للاستثارة، والذي هو الأساس في تحقيق الذات ومن خلاله يتعرض الكائن أكثر وأكثر للإثارة ويشعر بلذة التوتر.

من خلال ذلك نستطيع أن نفرق بين سلوك المخاطرة لدى المقامر المرضي ونظيره لدى الإنسان العادي، فالمخاطر العادي Normal Risk-taker يخاطر من أجل هدف يعيد به صياغة الواقع طبقا لرغباته، فالمخاطرة لديه وسيلة لتحقيق غاية، أما المخاطر المقامر فإنه يخاطر من أجل المخاطرة، فتكون المخاطرة لديه غاية في حد ذاتها، وإن كانت في الأحوال النادرة وسيلة لغاية.

كما أن المخاطر العادي يخاطر من أجل إزالة التوتر وخفض حدة الاستثارة، وفي بعض الأحيان قد يخاطر من أجل متعة الإثارة، إلا أن المقامر المرضي يخاطر من أجل لذة الألم والتوتر واشتهاء المثير.

المخاطر العادي يخاطر بشيء من العقل، وذلك بعد أن يحيط بكل الظروف التي تشمل فعل المخاطرة نفسه، أما المقامر المرضي فإنه يخاطر بجنون واندفاعية وأحيانا بشيء من الغباء.

المخاطر العادي يخاطر بحياته ليرتفع بواقعه وليثري حياته أما المقامر المرضي فيخاطر طلبا للاستثارة، حيث تمثل المخاطرة الحب الأول والأخير له، فتكون النتيجة ـ على خلاف المخاطر العادي ـ ليست إثراء للحياة وإنما هبوط بالحياة، لذا نقول: «إنه بالابتعاد عن المقامرة سترتفع درجة، أما وأن تستمر فيها فستهبط ألف درجة».

المخاطر العادي لا يثابر على المخاطرة إذا تعثر أكثر من مرة، لكن المخاطر المقامر مهما تعثر لا يتوقف عن المخاطرة بالمقامرة، وذلك لأن كثيرا منهم يقامرون رغبة في القضاء على ما يشعرون به من ذنب، وتكون الخسارة وسيلتهم الأساسية في ذلك.

المخاطر العادي تجذبه المخاطرة، أما المخاطر المقامر فهو الذي يسعى جاهدا وراء المخاطرة، والمخاطر العادي يمارس المخاطرة بدافع من شجاعته ورغبته في إعادة هيكلة الظروف، أما المخاطر المقامر فإنه يخاطر بدافع من تحدي الأقدار وخوفه الشديد من أن تتحكم فيه الظروف، فهو لا يخشى إلا من الخوف، ويظن أنه بالمخاطرة يهرب من الخوف بدلا من أن تهرب منه شجاعته، وكأن المخاطرة دفاع بالخوف ضد الخوف.

المخاطر العادي قد يفعل ذلك تحت تأثير الضغوط والإحساس بالتوتر والألم. أما المخاطر المقامر فقد يشعر بالألم أيضا، ولكنه ألم بلذة، أو ما يعرف باشتهاء المثير، ولذة الألم. وقد يخاطر الإنسان العادي اضطراريا، أما المخاطر المقامر فيخاطر إراديا وعن طريق الاختيار.

المخاطر العادي يأخذ كثيرا من الوقت في قرار المخاطرة، أما المخاطر المقامر فيكون مندفعا في قرار المخاطرة ولا يفكر فيه، فهو يخاطر بسرعة لسان القط وهو يلعق اللبن، لذا نقول إن المقامر يخاطر بجنون وليس بغباء.

سعادة المخاطر العادي في النتائج الإيجابية للفعل، أما سعادة المخاطر المقامر ففي تذوقه للمخاطرة ذاتها، كما أن المخاطر العادي يدافع بالمخاطرة ضد شيء يمثل عائقا أمامه، أما المخاطر المقامر فيدافع بالمخاطرة ويموت بها أيضا، فالمخاطرة بالنسبة إلى الفرد العادي كالنار التي ربما تنير له

الطريق أو تحرقه، لكنها بالنسبة إلى المقامر تجذبه لتحرقه فقط. والمخاطر العادي نتائجه الإيجابية لا تضر أحدا، خاصة أنها قد تكون مخاطرة فردية، أما المخاطر المقامر فنتائجه الإيجابية تضر بالآخرين، خاصة أنها لا تقوم إلا في وجودهم، فالمخاطرة في المقامرة: إما أن تأكل أو يأكلك غيرك.

وهكذا نرى أنه إذا كان الإنسان كائنا أعزل مكشوفا فهو مع ذلك يملك العقل الذي ربما كانت وظيفته الأولى كما يقول «جون ديوي»: هي أن يقينا شر المخاطر، إذ يسمح لنا بأن نمتحن في أذهاننا شتى الأفعال الممكنة، بدلا من أن نجربها في الواقع نفسه، فالعقل على حد تعبير «أدلر» «وسيلة أمان» أو «أداة طمأنينة».لكن الحال تختلف لدى المقامر، إذ أصبح العقل أداة للمخاطرة والبحث المستمر عن المتاعب، فتصبح شتى الأفعال مفاجآت غير منتظرة تتطلب المجازفة والمراهنة تحت شعار «من أراد الحياة فليضيِّعها، ومن أراد أن يعيش فليعش في خطر»!



7 الغرائز الجزئية لدى المقامر

تعني الغرائز الجزئية في التحليل النفسي الكلاسيكي، الغرائز المندرجة، أي التي تندرج في غيرها، والغرائز لا تسعى ـ كل على حدة ـ لتحقيق اللذة مستقلة بعضها عن بعض، لكنها على النحو السليم تنتظم وتندرج، خاصة في البلوغ والمراهقة، وتعمل بشكل يساند الغريزة الجنسية، وعندئذ تكون وظيفتها التحضير للفعل الجنسي وإذكاء الإثارة. وفي التطور غير السوي قد يتوقف النمو ويثبت على إحدى هذه الغرائز المندرجة، وعندئذ لا تعود وسيلة لغاية، لكنها تصبح هي نفسها مصدرا للذة النهائية، وهو ما نشاهده في الاستعراضية والنظارية والسادية والمازوخية.

من هنا يتضح لنا أن التحليل النفسي الكلاسيكي، متمثلا في فرويد، لا يقف عند غريزتي الحياة أو الجنسية، والموت أو العدوانية، بل يرجع الغريزة الجنسية إلى عدد من العناصر التكوينية، يطلق عليها الغرائز الجزئية التي تتمثل في الاستعراضية والنظارية والسادية والمازوخية.

«لا أثق إلا بما هو غير أكيد، فالأشياء هي بالنسبة إليّ غامضة، ولا تريبني إلا الحقيقة، ولا أستمد معرفتي إلا من مصادفة عمياء، فإذا ربحت كل شيء فسأتقاعد مع الخاسرين»

فرانسوا فيلون



إن الغرائز الجزئية، وإن كانت مفهوما يتصل بالجنس، تأخذ من حيث علاقتها بالمقامرة معاني كثيرة، قد يمثل الجنس فيها الجانب البسيط جدا، فالغرائز الجزئية من منظور المقامرة تعني العدوان والتحكم والتسلط والعنف والحط من قيمة الآخرين والتلذذ بإيلامهم، وهو ما نعني به «السادية»، إلا أن هذه السادية بدلا من أن تتخارج قد تتداخل في ذات المقامر، فتتحول إلى مازوخية، وبقدر ما تكون السادية مفرطة، ترتد هذه السادية ـ مفرطة أيضا ـ في صورة مازوخية تأخذ أشكالا كثيرة مثل التلذذ بإيلام الذات والحط من قيمتها، والإحساس بالنقص والدونية والرغبة في توبيخ الذات والتخفيف من ألم الشعور بالذنب الذي يصل في بعض الحالات إلى اللجوء إلى الانتحار. فالبداية غالبا ما تكون لدى المقامر «سادية» والنهاية «مازوخية». وهو ما تلخصه عبارة غوته: «إذا ضربت فنفسك تضرب».. وكأن المقامر يصير وفق المعادلة الآتية:

(أنا أعلى سادي ... فأصبح الأنا مازوخيا)

ولا يقف الأمر لدى المقامر عند السادية والمازوخية، بل يتعدى ذلك ليصل إلى النظارية والاستعراضية، اللتين تأخذان أشكالا ومعاني كثيرة لا تقف أيضا عند حدود الجنس. فنجد النظارية تتصل بمفاهيم التجسس، وهتك المستور، بل وتشمل الفضيحة أيضا. كما يأخذ مفهوم الاستعراضية حب الظهور وسلوك المخاطرة والرغبة في انتزاع الاعتراف من الآخرين بقيمة الذات. والغرائز الجزئية في علاقتها بسلوك المقامرة يمكن أن نردها إلى السادية والمازوخية، كما يمكن أن نصف هذه السادية وتلك المازوخية بأنها حالة مرضية، وذلك لأن السادية والمازوخية لدى المقامر أصبحتا هدفا وغاية، لا وسيلة لغاية، فقد يتوهم البعض أن الهدف هو الحصول على المال، لكن الحقيقة أن الهدف هو حركة الذهاب والإياب بين السادية والمازوخية، فأصبحت السادية والمازوخية الوسيلة والغاية معا، وقضي على الإشباع الحقيقي والسوي (الفوز) بالموت. وما أصدق ديستوفسكي صاحب الرائعة الأدبية «المقامر» ١٨٨٦، وهو من المقامرين المرضيين ـ ما أصدقه إذ يقول:

«النقطة الأساسية هي اللعبة بحد ذاتها، وأقسم بأنني لست طامعا في مال على الرغم من حاجتي إليه».

والغرائز الجزئية لدى المقامر تعبر عن حالة من تفكك الذات وانقسام الشخصية فما تلبث أن تظهر السادية إلا وتتبعها المازوخية، ولكل حالة منهما زُملتها المخلصة من عدوانية وعنف على الذات والآخرين المصبوغة بطابع الهدم والتدمير والتمزيق، وعلى المقامر أن يوفق بين مطالبه الغريزية، إذ لابد من الاختيار بين سادية أو مازوخية، أو الاختيار بين وجود من دون مقامرة، وهو الشتاء القارس الفظيع، أو مقامرة من دون وجود، وذلك هو الموت في مطلع الربيع، إلا أن المقامر اختار ألا يختار! فأصبح في حركة دائمة مستمرة بين الذهاب والإياب، دون أن يثبت يوما على حالة واحدة، وكأن حياته قد استحالت بالضرورة إلى حالة أليمة من التشتت والتمزق النفسي، فأصبح المقامر حليف الشذوذ والسرف والانحراف والمرض، وأقل ما يمكن أن نقول عنه إنه مريض.

إن الغرائز الجزئية في علاقتها بسلوك المقامرة ترينا كيف أن المقامر لا ينشد إلا اللذة الفورية، لذا فهو دائم السعي وراء «اللحظة» والتمسك بـ «الآن»، لكن اللحظة ماضية والآن هارب، ولن يبقى له سوى الندم والحسرة، وهو كلما أشبع ذاته بالمقامرة لا يجني إلا الجوع، فهو يراهن كل يوم بلا ضمان ولا رصيد، ومحكوم عليه بالخسارة على أعتاب الموائد الخضر، دون أن يعرف متى وكيف وأين.

الاستعراضية لدى المقامر المرضي Exhibitionism

الاستعراضية هي دافع قهري بأن يجعل الفرد من نفسه مركزا ثابتا للانتباه، وذلك عندما يضطر إلى أن يظهر عورته في ظروف غير ملائمة اجتماعيا، بهدف أن يكون مركزا لجاذبية الآخرين وتسليتهم والترويح عنهم، وربما إحداث الصدمة لهم. والاستعراضية بذلك هي حب الظهور الذي يحقق للفرد السوي متعة ثانوية بأن يكون محط أنظار الجميع، لكنها تحقق للإنسان المنحرف متعة رئيسية تحل محل غرائز أساسية.

والاستعراضية لدى المقامر لا تقف عند حدود الجنس، بل تشمل جوانب كثيرة، تتمثل في الإثارة، وجذب الانتباه، وتأكيد الذات، والمخاطرة، والاندفاع، والإحساس بالقوة والسيطرة، والقدرة على التحكم في الموضوعات، ووهم القدرة المطلقة، وكأن المقامر من خلال الاستعراضية لا يريد أن يكون مركز الجماعة، بل يريد أن يكون مركز الكون.

وتصبح الاستعراضية أمرا سويا لدى المقامر، إذا كانت وسيلة لغاية، وتصبح مرضا إذا كانت غاية في حد ذاتها، فإذا كان الاستعراض بهدف تحقيق الفوز في اللعبة، كانت الاستعراضية أمرا سويا، أما إذا كان الهدف من اللعبة كلها هو الاستعراض فقط، بغض النظر عن المكسب أو الخسارة، فإن الاستعراضية تكون مرضا، شريطة أن يكون هذا الاستعراض قهريا وإجباريا.

وينمو المقامر الاستعراضي نموا انفعاليا غير مكتمل، ويصبح الاستعراض لديه مظهرا عصابيا ووسيلة دفاعية يلجأ إليها ليلفت أنظار الآخرين إليه، ويجبرهم على أن يشاهدوه، لينتزع منهم الاعتراف بأنه ذو قيمة، وأنه الأفضل دائما.

والمقامر الاستعراضي غالبا ما يكون عدوانيا، سيكوباتيا، سلبيا، خجولا وغير مستقل، وغير قادر على إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، كما يجد صعوبة في التعبير عن غضبه، ويعاني اضطرابا في العلاقة الزوجية، ويدمن الكحوليات.

وينقسم المقامر الاستعراضي إلى نوعين:

١ـ المقامرون الذين يتورطون في السلوك الإجرامي، على رغم أنهم لم يأتوا بسلوكيات إجرامية من قبل، لكن الاستعراضية توقعهم في السلوك الإجرامي.

٢ـ المقامرون الذين يميلون إلى السوسيوباتية وإظهار السلوك العدواني، وهذا النوع من المقامرين الاستعراضيين، يتوقع أن الآخرين سوف يذهلون من أفعاله سواء بالإعجاب أو بالاشمئزاز. وغالبا ما يقوم هذا النوع بالاستعراض كتعويض عن خيبة أمل أو صدمة اجتماعية، أو فقدان الشعور بالأمن، فيبحث عن الأمن والأمل في سلوك المقامرة.

إن الاستعراضية لدى المقامر لا تقف عند حدود الجنس، بقدر ما تتعداه إلى جوانب كثيرة من السلوك تشمل وهم القدرة على التحكم والمخاطرة، والإثارة والرغبة في التحرر، وفوق هذا كله تمثل الاستعراضية قهرا وإجبارا وإلزاما حيث لا يستطيع المقامر التخلي أو التنازل عنها، فهو دائما في حاجة إلى أن ينتزع الاعتراف من الآخرين بأنه الأفضل والأحسن، ويبدو ذلك واضحا في المبالغة في قدرته على التحكم في أمور اللعبة، وأنه في مقدوره أن يسيرها حسب إرادته، ويتحكم فيها كيفما شاء وهذا ما يسمى بوهم القدرة على التحكم

Illusion of control، وهو نوع من أنواع الاستعراضية، وعلى رغم أن الحظ كثيرا ما يخونه في المقامرة، لكنه يصر على قدرته هذه، ووهمه الذي لا ينقطع، وهو وهم مريض يشمل كل السلوكيات التي تعتمد على الخبرة في اللعب، وكذلك الذي يعتمد منها على الحظ، وربما يؤدي ذلك إلى أن يخفي المقامر خسارته عن الآخرين، إذ يتظاهر دائما بأنه المنتصر والفائز، وإن أدرك الآخرون خسارته الفادحة، فإنه يبرر ذلك بتهاونه ورغبته في الإثارة، وأنه مل الفوز الدائم المستمر.

إن الاستعراضية لدى المقامر، إذ تمثل قهرا وإجبارا وإلزاما، إلا أنها مع ذلك تبدو له «حرية»، حيث يصبح المقامر هو نفسه الأداة لتحقيق ذاته، فكونه مركز الجماعة والعفريت الذي يأتي بكل شيء يحقق له لذة حقيقية، وذلك على الرغم من أن الاستعراضية لديه تكون غير حقيقية وخيالية، فمن خلالها يكتشف أنه حر، فيبدو المقامر في أثناء سلوك الاستعراضية كسجين يحطم سلاسله، وقبل سلوك الاستعراضية يشعر بأن لديه إمكانية تستوجب التحقيق من خلال التسجيل في الخارج، وهي بذلك تعبر عن الخروج بعيدا عن الذات، وتحطيم لشرنقة الذاتية للإمساك بحبال الآخر الذي يريد أن ينتزع منه اعترافا بأنه الأفضل.

النظارية لدى المقامر المرضي Voyeurism

يرى غالبية علماء النفس أن النظارية هي استراق النظر أو اختلاسه لمشاهدة أشخاص أثناء النشاط الجنسي، والنظارية عكس الاستعراضية، لكنها تماما كالاستعراض، تصبح انحرافا إذا حلت محل الهدف الأصلي للغريزة.

ولا تقف النظارية عند حدود الجنس فقط، بل تشمل سلوكيات أخرى كثيرة مثل كشف أسرار الغير عن طريق استراق النظر، كما أنها قد تشير إلى الطابع المرضي إذا كانت إجبارية وتمثل قهرا لسلوكيات الفرد، وإذا كان الفرد يسترق النظر لموضوعات لا تحقق له فائدة، وهو ينظر من أجل النظر، وإذا أصبحت النظارية لديه وسيلة وغاية في آن واحد.

والنظارية لدى المقامر ليست مجرد رؤية، بل هي إدراك حسي يعمل على إعطاء الرؤية معاني لا حدود لها، تشمل الانفعال والعاطفة والوجدان والنية والوقوف على أعتاب الفعل، والرغبة في كشف السر وهتك الحجاب، وفك الرموز.



والمقامر النظاري مثله مثل المقامر الاستعراضي، عادة ما يكون خجولا، وغير عنيف، بجانب أنه غير كفء ويفتقر إلى مهارات اللعبة، ومنعزل اجتماعيا، وقد يتجه بشكل أو بآخر لمشاهدة مصائب الخصم والحوادث غير السارة التي يتعرض لها. وهذه النظارية تمثل في مقام آخر سادية إيجابية انخفضت من الفعل إلى المشاهدة، وربما يرجع ذلك لإحساس المقامر بضعفه أمام خصمه ومنافسه، مما يجعله يتطلع إلى شخص آخر يؤدي عنه الفعل الذي كان يتمناه، ويكتفي هو بالنظر الذي يحقق له إشباعا على المستوى اللاشعوري من خلال توحده بالموضوع الذي يشاهده.

إن النظارية لدى المقامر ترينا أن خبرة النظر من أهم الخبرات وأخطرها في حياته، فهي ليست مجرد انفعال أو عاطفة أو وجدان، وإنما هي اتجاه وسلوك، القاعدة الأساسية فيه: «إن ما خفي كان أعظم»، والنظارية لدى المقامر لا تعني الامتزاج أو التطابق أو الاتحاد التام مع الموضوع، ذلك لأن من شأن النظارية أن توسع من عالم الخبرة لديه وأن تثري مضمون هذه الخبرة بمضامين أخرى جديدة دون أن يكون من شأنها أن تحقق للمقامر الإشباع أو الانطفاء.

فالمقامر نظاري بطبعه، والنظر لديه لا يعبر عن وعي مريض مشوه، بقدر ما يعبر عن حالة مليئة بالاستبصار، فمن خلال نظرته يبدو قادرا على التنبؤ وفهم كثير من أنصاف الحركات والأفعال، ويدرك الكثير من وراء أتفه العلامات، فيقرأ ما يدور على الشفاه وما تعبر عنه العيون، فيرى في لمح البصر ويفهم منذ الوهلة الأولى، ويدرك أعقد الحالات الباطنية، وربما كان أعجب ما في النظارية لدى المقامر، أنها نوع فريد من الإدراك الحسي، فالإدراك - وأي إدراك - يقوم على بعض المعارف الأولية والتعميمات والاستنتاجات. أما الإدراك المتمثل في النظارية لدى المقامر فإنه لا يقوم على معرفة أولية ولا على استنتاج أو تعميم، بل يقوم على العيان والمشاركة عن بعد، أو المشاركة الخيالية التي يحاول المقامر من خلالها أن يمسك بحبال اللاشيء، وذلك تحت وهم القدرة على التحكم، إذ إن غالبية المقامرين لديهم شعور بالقدرة على التحكم في الأشياء والموضوعات.

والنظارية لدى المقامر هي في الأساس فعل «سادي» يحاول من خلاله أن يضرب الآخر في العمق من خلال جوانب ضعفه وقوته، بل والاستمتاع بهتك سره دون أن يدري، ويتضح ذلك أثناء ممارسة المقامرة، بحيث يعتمد المكسب والخسارة لدرجة كبيرة على كشف ما لدى الآخر من إمكانات، وكذلك في قدرة المقامر على حجب أوراقه عن المقامر الآخر.

وتعتبر النظارية بين المقامرين ـ أو إن صح التعبير استراق النظر ـ من المهارات الأساسية للمقامرة، التي يفتخر بها كثير منهم، مما يشير ـ في مستوى آخر ـ إلى أن النظارية لدى المقامر هي في الآن نفسه نوع من الاستعراضية. وكأن النظارية بذلك أحد قوانين المقامرة التي تقوم على التضليل والنفاق وسوء الطوية وخداع الآخرين. معنى ذلك أن النظارية تجعل من المقامر كائنا يعيش في الباطل ولا يعرف الحق، وذلك لأنه اخترع طريقة تغنيه أحيانا عن مشقة العمل، وأعني بها النظر، والتي أصبحت من خلالها رقعة التضليل من السعة بحيث يختلط العالم الواقعي بالخيالي وربما كان سوء الطوية الذي يتميز به المقامر، هو المسؤول عن كونه نظاريا، ويستخدم من النظارية سلاحا له فيدعو للوجود ما هو موجود لدى الآخرين.

إن غاية ما يطمح إليه المقامر النظاري هو أن يصل إلى المكاشفة التامة مع موضوع النظر، وأن تزول بينهما الفوارق والمسافة، وهو نوع من التوحد الشاذ المريض، بحيث يود المقامر أن يكون هو الموضوع، لكي ينتهي السر ويهتك الحجاب. ولشدة هذه الرغبة، قد يتوهم المقامر أنه على علم بكل ما لدى الآخر، وهو وهم شائع وخطأ بات ـ من كثرة التداول لدى المقامرين ـ حقيقة مسلّما بها، ترجع في الأساس إلى وهم القدرة على التحكم Illusion of control.

إن النظارية لدى المقامر، تعبر عن ضعف وانعدام للحيلة، لذا نرى المقامرين إذ يشعرون بضعفهم يمارسون أفعال النظر سرا، فذلك ضعف لا يرغبون أن يطلع عليه أحد، وذلك على رغم أنه قد يكون أمرا معروفا ومشتركا مع من حوله، إذن النظارية لدى المقامر، شأنها لدى أي إنسان آخر، تظهر مادام هناك فضول، وتشتعل مادام هناك سر، والسر بطبيعته يشعل الخيال والحلم، وهما المادة الأساسية للمقامر النظاري، والعامل الأساسي الذي يعلو به المقامر على الواقع، والذي من دونه تتحطم النظارية وتتكسر على أرض إشباع الغرائز.

والنظارية لدى المقامر تشمل أيضا سادية ونرجسية وطمعا فيما ليس للمقامر حق فيه، فالنظارية كراهية ومحاولة لفضح الأمر الآخر بما لا يليق، وهي بذلك تعكس قسوة ونرجسية يحاول من خلالهما المقامر أن ينال من الآخر ويقيده ويلغي إرادته ويستهلكه، وربما يقضي عليه (لكن ليس قضاء مبرما)، وذلك بأن يجعل من نفسه بالنسبة إلى الآخر «الآمر المطاع»! وللمقامر النظاري أداته في ذلك التي تشمل أدوات أولية وأخرى ثانوية، أما الأدوات الأولية فتشمل الحلم والخيال والقدرة على التوقع، وتشمل الأدوات الثانوية: التجسس، ومحاولة القرب وليس الاقتحام واختراق الخلوة والصمت، وكشف الستر والغطاء والتلصص والسلب والاغتصاب عن بعد من دون مشاركة واقعية.

والنظارية لدى المقامر توضح أن ما هو متاح لديه من الموضوعات لا يكفي ذاته وأنه لابد من الاستناد إلى اختراق الآخر وتجاوز حدود الذات باتخاذ الخطوات السرية نحو الآخر، والمقامر بذلك يحاول أن يعطي معاني كثيرة لكل الموضوعات التي يشاهدها، فلا يكون ثمة نهاية لمعنى الموضوعات، ما دامت نظرته قد استطاعت أن تخترق أسرار الموضوع خلسة، وذلك لأن المقامر لا يحبس موضوع النظر في إطار محدد، بل إن نظرته تستطيع أن تحرك العالم الخارجي عن طريق ما تفرض عليه من معان، وكأن المقامر - في حاله هذه - يحاول أن يفرض على الدنيا تنظيما جديداً من خلال نظراته. معنى ذلك أن التأثيرات القادمة من الخارج لابد أن تخضع لاتجاهات المقامر الداخلية المريضة، تلك الاتجاهات التي تحدد لدرجة كبيرة إدراكه وسلوكه، مما يعني أن الموضوع الخارجي - بمن في ذلك الآخرون - كامن في المقامر، وكأنما هو يبحث عن نفسه خارجا عن ذاته.

وهكذا يتضح لنا أن المقامر من خلال النظارية لا يستطيع أن يعيش إلا بمقتضى تلك الحركة المستمرة التي ينتقل فيها من الواقعي إلى الممكن ومن الممكن إلى اللاواقعي، ومن المحتمل إلى المحال، لذا فهو دائم الصراع.. بل ويوسع من دائرة الصراع.

والنظارية لدى المقامر لا ترصد صورا فقط وإنما تميز وتتخير وتستبقي، ولكن بطريقة مرضية، إذ يرى المقامر ما يريد أن يراه، ويدرك ما يريد إدراكه، كما أنه يغلق عينيه عما لا يحب أن يراه، وعندما يبصر فقد يروي غير ما أبصره، وذلك لأن لديه بنية نفسية مريضة تنسى وتركب وتبدع أشياء لا وجود لها.

السادية لدى المقامر المرضي (لذة تعذيب الآخرين)

السادية sadism، هي جنون القسوة، أو التلذذ بالقسوة على الآخرين بالضرب أو التعدي أو السب أو ما شابه ذلك، وقد يصل هذا الاعتداء إلى درجة القتل.

فالسادية اشتقاق للذة عن طريق القيام بتعذيب الآخرين، سواء بتوجيه عدوان عادي إليهم، كالضرب أو الإيذاء البدني، أو توجيه عدوان معنوي، كالتقليل من شأن الآخرين وعدم مراعاة مشاعرهم أو كرامتهم، أو ضرب مصالحهم أيا كانت.

فالسادية ميل متسلط لصب العدوان والتحطيم وروح الانتقام، والاستغلال والإذلال والإحباط على شخص آخر، وقد يكون ذلك بطريقة شعورية أولا شعورية.

وعندما تواجه مقامرا فإنك تشعر، في كل لحظة، بأن جذور السادية متأصلة في أعماق وجوده، فهو أناني، حاقد، ثائر، منتقم، كذاب، يسعد بشقاء الآخرين وإيلامهم، يود لو يفنى العالم كله ويحلّق في ضباب العدم. فالسادية تنشب أظافرها الحادة المريضة في كيانه، وإنه لوجود سادي، ويعرف أنه سادي، وكل ما يشغله هو كيف تصل هذه السادية للآخرين، وكيف يتسنى له أن ينشر بينهم الشعور بالنقص وخيبة الأمل والألم والحرمان والملل والخبث الأسود. وينظر المقامر إلى نفسه ويجدها محاطة بكل هذه المشاعر التي لا يستطيع مقاومتها، أو مجرد التفكير في مقاومتها، مما يجعله مضطرا لأن يقبلها كجزء من المنظومة النفسية لديه، فالسادية تدس أنفها في كل ما يحققه المقامر من أفعال، حتى أننا لا نكون مبالغين إذا قلنا إن أي فكرة أو سلوك أو عاطفة يقوم بها لابد أن تحتوي على سادية!

إن السادية لدى المقامر، تعبر عن الانفصال والتفكك والتنافر وعدم الانسجام مع الآخرين، بل إن من شأنها أن تحدث ضربا من الانقسام في الذات أيضا، وذلك لأن المقامر إذ يواجه ساديته يجد نفسه أمام العديد من الساديات، أو السادية المتعددة، وليس أمام سادية واحدة فقط. وعلى رغم تعدد أنماط السادية لدى المقامر هناك رابطة سحرية بين المتعدد فيها، فما يكاد أحدها يظهر إلا وينفتح الباب للأنماط الأخرى للظهور، حتى

توجه سمومها لديه. إذ يجد المقامر في تحقيق أحقاده وعدوانه وتحطيمه للآخرين نوعا من السعادة واللذة، وهو أيضا يقاسي كثيرا لتحقيق هذه اللذة، ويسعد لأنه يقاسي، وأنه موزع الهمم بين المتعدد من السادية، إذ يصبح مشتتا بين عناصر سادية كلها تدخل في دائرة اهتمامه، والسبب في تعدد أنماط السادية لدى المقامر، هو أن إرادته المريضة ـ إن كانت له إرادة ـ كثيرا ما تختل حركاتها لأتفه الأسباب، فينتشر الاضطراب وتعم الفوضى حياته، فلا يجد إلا السادية كملجأ لإعادة النظام من جديد، فلا تمنحه السادية إلا اضطرابا فوق اضطراب، حتى يصبح ربيب الفوضى، وحليف الاضطراب وباعث الانقسام أو إن شئت فقل «هادم اللذات».

إن السادية لدى المقامر تختلط بالكثير من الرغبات التي تشتمل على العنف والعدوان والتملك والحيازة والملكية، إن لم يكن الرغبة في الغزو أو السيطرة أو السيادة، وهذه الرغبات لابد أن تبوء في خاتمة المطاف بفشل ذريع، مادام من المستحيل على المقامر السادي أن يحقق رغبته الأصلية في تملك الآخر والسيطرة عليه.

وسادية المقامر تضعنا وجها لوجه أمام علاقة المقامر بالآخرين، تلك العلاقة الشاذة المريض، فهي علاقة تخلو من النزاهة وتمتلئ فيها الأغراض التي تحاول أن تلغي ما لدى الآخر من قيم، ومع ذلك فهي ليست علاقة ثنائية، فدائما ما يكون هناك طرف له مركز الثقل، وهو الطرف السادي، وطرف آخر ضعيف يقع عليه الفعل السادي، فليس هناك تعادل أو توازن أو مشاركة، وإنما هناك على الدوام اختراق لذلك الآخر، ونرجسية مطلقة تحاول أن تضع الآخر تحت إمرة الذات، فسادية المقامر تعبر عن اتحاد بالنرجسية من أجل العمل من دون وعي على تفكك الشخصية ـ ونقول «تفكك الشخصية»، لأن البعض قد يفهم أن نرجسية المقامر هي تضخم الإحساس بالشخصية، لكنها في الحقيقة انحلال وتفكك لتلك الشخصية صحيح أن النرجسي «يحب ذاته» لكن بطريقة خاطئة وفاشلة، فالنرجسي ـ وإن صح التعبير ـ «مشغول بذاته» من دون أن يكون وراء هذا السلوك أي حب حقيقي للذات، في حين أن حب الذات لا يمثل أي صورة من صور النرجسية، فلو كان المقامر بالفعل يحب ذاته لأحب الآخرين، وتبعا لذلك فالإنسان العاجز عن

حب نفسه يكون عاجزا أيضا عن حب الآخرين، و هو حال المقامر السادي، وهو مقامر واهم ولديه تضخم في الأنا وورم خبيث في الفكر، إذ يعتقد أن السادية تحقق له الغلبة والمقدرة على الآخرين (وهو ما يعرف بوهم القدرة على التحكم)، وهو في ذلك نوعان:

١ـ مقامر يعتقد أنه لا يختلف عن الآخرين كثيرا، وهو نوع نادر.

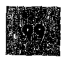
٢ـ مقامر يعتقد أنه أفضل من الآخرين على الإطلاق!

وهذا الأخير جعلت منه المقامرة ذاتا مريضة، سادية، متقطعة العلاقة مع الآخرين، إذ إن الآخرين لا يتحملونه مرتين: مرة لأنه مقامر، ومرة لأنه مغرور وواهم، لذا نستطيع أن نقول إن كان الإنسان «ينمو»، فإن المقامر السادي على العكس من ذلك «ينتفخ».

فعلاقة المقامر بالآخرين علاقة قوامها السادية، وقد أدى ذلك إلى أن يصبح لديه «علاقات شخصية» وليس لديه «أصدقاء»، ومهما امتلك من الأشياء، يرى أن الذي يملكه ليس شيئا، والذي يملكه الآخرون هو كل شيء، ومع ذلك لا يضايقه أنه يملك القليل، بقدر ما يضايقه أن الآخرين يملكون أكثر منه، حتى أصبحت القاعدة الأساسية للمقامر في علاقته بالآخرين مؤداها: «أن تسعد وتملك الكثير.. فهذا حقك. لكن أن يكون أكثر مني.. فذاك حقي».

ويقع المقامر السادي في علاقته بالآخرين في تناقض أليم، فهو حاقد وعدواني على الآخر، سواء كان هذا الآخر واقعيا أو متخيلا، ومع ذلك فهو في حاجة إلى هذا الآخر شريطة أن يكون أحط منه قدرا وقيمة ونزاهة وشرفا ! وبعد هذا كله نجد أن الذي يؤلم المقامر هو أن هذا الآخر لا يدرك ما يؤلمه!

والسادية رهينة بطبيعة الموضوع الذي ينجح أو يفشل المقامر في تملكه والسيطرة عليه، وليس معنى ذلك أن الموضوع السهل الذي يذعن لرغبة المقامر ومن دون أدنى جهد أو مشقة، هو الذي يثير اهتمامه، فهذا الموضوع نادرا ما يحقق للمقامر ساديته، ومن ثم الشعور بالرضا والإشباع، لأنه موضوع لا يثير لديه النزوع نحو السيطرة والتملك أو الرغبة في الغزو، وبالتالي سرعان ما ينصرف عنه المقامر لكي يبحث عن الموضع الصعب الذي يمكن أن يثير طاقته، وأن يشبع لديه الشعور



بالكسب أو التملك، ومن ثم السادية. فالمقامر يجد نفسه مدفوعا من قبل ساديته إلى السعي وراء الموضوعات القوية المنيعة التي يشعر أنها قديرة على الرفض والتمنع، وكأن حرية هذه الموضوعات المتعددة هي وحدها التي تثير السادية وتجذب المقامر نحوها، وبقدر تمرد وتمنع وتعذيب الموضوع، تكون سادية المقامر عليه شديدة ـ أثناء امتلاكه. وفي ضوء ذلك نستطيع أن نقول: إن المقامر لا يهدف من خلال العلاقة بموضوعه إلى الاتحادية بل إلى إخضاعه والسيطرة عليه، وكأنما هو يحاول أن يخلقه من جديد!.

وتبدو سادية المقامر بأكثر صورها وضوحا في عدم قدرته على التساهل والتسامح حتى مع أقرب المقربين إليه، وتبدو أيضا في الغرام الشديد بإيلام الغير، حتى وإن كان هذا الألم لا يعود عليه بالفائدة. ويجب ألا نحمل المقامر المسؤولية الكاملة لهذه السادية، بل إن جانبا منها يعود إلى طبيعة التفاعل النفسي والاجتماعي بين المقامرين أنفسهم، هذا التفاعل الذي لا يحدث إلا في جو من ضرب الاستقرار النفسي لكل فرد وهدم كل مقامر للآخر.

ولو أن الأمر وقف عند حد هدم الآخرين والتلذذ بعذابهم لهان الأمر، لكن الأهم هو أن بين قيم المقامر من الصراع ما يوطد السادية لديه، فكل قيمة لديه تعمل وكأنها وحدة مستقلة بذاتها، ولا تقيم وزنا لما عداها من القيم، فتجد المقامر يلعن المقامرة ويبغضها، لكنه يتمسك بها ويتوق إليها، وتجد المقامرة تضيعه، لكنه يؤكد ذاته من خلالها، وعلى الرغم من أنه تأكيد وهمي لكنه يحقق له الاستقرار.

وقد يرى المقامر أن ما يعانيه من صراع، شأنه شأن أي صراع، يثقل الذات ويدفع بالحياة إلى الأمام. صحيح أن الصراع قد يؤدي إلى إيجابية الحياة وثقل الذات، لكننا نرى أن المقامر لا يترك الصراع على ما هو عليه، بل يفسح المجال إليه، وذلك لأنه يعشق الفوضى ويشعر بلذة سادية في تضارب الواجبات وتعارض القيم والمعايير، حتى يتذوق عذوبة الصراع.

وكأن السادية لدى المقامر هي تعبير عن المازوخية، وتعبير عن جوانب النقص وقلة الحيلة وجنون الأفكار وتداخلها.

المازوخية لدى المقامر المرضي (لذة تعذيب الذات)

المازوخية Masochism هي تلذذ الفرد بما ينزل به من ألم، وهي سمة الأفراد الذين يستجلبون على أنفسهم سوء المعاملة والمذلة والمعاناة، بقدر ما هي توحد وتعيين بالشريك السادي، أوهي تخفف من الشعور بالذنب بتحريك الألم والعقاب في وقت واحد مع اللذة، فالمازوخية اتجاه نحو تدمير وإيلام وتعذيب الذات، سواء كان ذلك ماديا أو معنويا، فهي نزعة تدميرية للذات، الهدف منها الحصول على اللذة من خلال الألم.

والمقامر المازوخي، يعيش حالة من انقسام الذات، حيث يصبح القاضي والجلاد معا ضد ذاته، وهو يتلذذ بعذاب ذاته، لأن ذلك يخفف من ألم الشعور بالذنب لديه، وهو على استعداد لأن يواجه ألم الخسارة على الموائد الخضر، دون أن يقوى على مواجهة ألم الشعور بالذنب.

إن المقامر مازوخي يتعذب بالمقامرة، ويتعذب أكثر كلما أخلص لها أو تخلص منها، وبين هذا وذاك يظل في هدم نفسه ما دام قادرا على تذوق الجمال في المقامرة، فهو يعيش بالقيود ويموت بالحرية، وسواء أعطته المقامرة أو لم تعطه، يسعده دوما أنه ذليل لها، وهو إذ يبغضها تجده متعلقا بها، وتبدو مازوخية المقامر في أوج صورها في تضاعف متاعبه من تحقيق رغباته.

وما أصدق عبارات الشاعر الفرنسي (فرنسوا فيلون) إذ يقول:

«لا أثق إلا بما هو غير أكيد، فالأشياء هي بالنسبة إليَّ غامضة، ولا تريبني إلا الحقيقة، ولا أستمد معرفتي إلا من مصادفة عمياء، فإذا ربحت كل شيء فسأتقاعد مع الخاسرين».

إن المقامر يجعل من المازوخية رهنا بالبقاء إلى جوار المقامرين دون أن يكون في وسعه أن يخالف «أنا أعلى» ساديا شديد القسوة، إذ لا يجرؤ على مخالفته سواء في التفكير أو الوجدان أو السلوك، وفي ذلك يشير فرويد إلى أن الأنا الأعلى أصبح ساديا، فأصبح الأنا مازوخيا، أي أنه أصبح في أعماقه سلبيا بطريقة أنثوية ويتطلب العقاب، مما جعل الأنا يقدم نفسه، من ناحية كضحية، ومن ناحية أخرى يجد الإشباع في سوء المعاملة التي يلاقيها من الأنا الأعلى، أي في الشعور بالذنب.

ويرى فرويد أن المقامر مازوخي، ولايرغب في الفوز، بل إنه لا شعوريا يرغب في الخسارة، فالمقامر يريد دوما أن يعاقب والديه، مما يبعث في نفسه الشعور بالذنب على ذلك، فيصبح المقامر متناقض الوجدان ما بين الرغبة في عقاب الوالدين والشعور بالذنب على ذلك، وبدلا من أن يتجه العقاب للوالدين يتجه نحو ذات المقامر، وتلعب الخسارة هنا دور المعاقب للمقامر على مشاعره السلبية نحو الوالدين، خاصة الأب، وإن كان الأب متوفى، فإن الخسارة تعاقبه أيضا على وفاة الأب، وهو ما يطلق عليه فرويد (المازوخية الأخلاقية)Moral Masochism ويرى فرويد أيضا أن المقامرة يمكن أن تفسر في ضوء المازوخية الأنثوية Feminine Masochism، حيث تعبر الخسارة بطريقة رمزية عن فوز المقامر بحب والده الذي يكافئه على إخلاصه وفنائه وعلى ما لحق به من ألم، فالخسارة هنا تساوي الحب، فمعنى الخسارة أن تعاني شيئا، وما الحب إلا نوع من المعاناة، إذن خسارة تساوي حبا.

ويتضح ذلك من خلال تحليل فرويد لديستوفسكي. وهو قبل أن يكون أديبا عالميا ذاع صيته في مجال الأدب، كان مقامرا من الدرجة الأولى، حتى أنه ألف رائعته «المقامر» (١٨٦٦) وقام فرويد بتحليلها أيضا في العام ١٩٢٨ فلم يكن أديبا يكف عن اللعب حتى يخسر آخر ما يملك من النقود، وعندما كانت خسارته تسلمه إلى الفاقة، كان يستمد من ذلك لونا من اللذة المرضية، فيجهر أمام زوجته بخسته ودناءته ويوعز إليها أن تعنفه وتحقره. ثم يعود إلى سيرته في اليوم التالي، وقد اعتادت زوجته هذا الأسلوب الغريب من زوجها، ووطنت نفسها على الصبر، فقد لاحظت أن زوجها لم يكن يحسن الكتابة مثل ما كان يحسنها بعد أن يفقد آخر ما يملك، فكان إنتاجه الأدبي يصل إذ ذاك إلى أوج الروعة.

فقد كان ديستوفسكي يعاني مشاعر الإثم المرضي، فإذا ما أشبع رغبته في عقاب نفسه، بما كان يخسر، كانت تزول عنه غمة الإثم، فيسمح لنفسه إذ ذاك ببعض النجاح. إذن المقامر يستهدف الخسارة تكفيرا عن شعوره بالإثم.

إن مقامرة ديستوفسكي كانت نوعا من الهوى المرضي، فكما يحدث مع العصابيين، اتخذ عبء الذنب لديه شكلا ملحوظا كعبء الدين، حتى أدرك الحقيقة القائلة: القمار لأجل القمار نفسه، اللعب للعب، وكل تفاصيل سلوكه اللامعقول الاندفاعي تظهر هذا وتظهر أكثر من ذلك بكثير، فلم يكن يستريح

حتى يفقد آخر ما يملك، فكان القمار بالنسبة إليه طريقة أخرى لمعاقبة الذات. ويرى فرويد أن النوبات الصرعية التي كان يعاني منها ديستوفسكي ما هي إلا نوع من العقاب له للتخفيف من الشعور بالذنب تجاه أبيه، والدليل على ذلك أن هذه النوبات الصرعية اختفت عندما ابتعد عن الأب بالنفي إلى سيبيريا فلم يعد في حاجة إلى عقاب عن طريق النوبة الصرعية، إذ إن هناك عقابا آخر يتمثل في النفي، ويؤكد فرويد فكرته من أن المقامر يرغب في الخسارة، وأن المقامرة لديه تعبير عن التخفف من الذنب ـ يؤكد فرويد ذلك بما جاء على لسان ديستوفسكي قائلا:

«أقسم أن الشره للمال لا شأن له عندي باللعب، على رغم أن الله يعلم أني في حاجة إلى المال».

ويرى فرويد أن المقامرة تعبير عن التمرد والعصيان وتحدي الأقدار، وقد عبر ديستوفسكي عن ذلك في قصته «المقامر» فقال:

«لقد ربحت في خمس دقائق أربعمائة قطعة من الذهب، وكان على أن أترك مائدة القمار إذن، ولكن شعورا غريبا بأن أتحدى القدر غمرني، وكأني قد أردت أن أصفع القدر على وجهه».

وغني عن البيان أن من تلقى الصفعة هو ديستوفسكي، عندما خسر ما كسب وما كان يملك. إن رموز القدر والحظ تثير في ذهن المقامر صورة الوالد وسلطته، ومن الطبيعي أن عصيان الوالد والسخرية منه وامتهان سلطاته، أمور تثير بالضرورة شعورا بالإثم عظيما يستوجب العقاب بالتعويض للخسارة على موائد القمار، فالمقامر يستشعر أثناء اللعب انفعالات معينة هي مزيج من القلق والبهجة والاهتياج تجعله يعشق اللعب ويظن أن مبعثها المخاطرة، ولكن الدليل يقوم لدينا على أن هذه الانفعالات من نوع انفعالات الغريزة لدى المراهق، فالمقامرون مراهقون من حيث النضج العاطفي وليس من حيث السن، فقد توقفت حياتهم الغريزية عند التثبيت بملذات الطفولة، فهم لا يحبون المتعة إلا فيما يستمتع به المراهق، فضلا عما يتضمنه ذلك من تحدٍ لنواهي الوالد، والمثال التالي يوضح ذلك:

شاب كان كلما اضطجع في فراشه بعد الظهر، أسرعت ضربات قلبه وتصبب عرقه وأحس حرارة وارتعاشا في أطرافه، ثم اعتاد بعد ذلك لعب القمار، فاختفت هذه الأعراض، ولما اضطر إلى الامتناع عن لعب القمار

عادت إليه أعراضه، وقد تبين أثناء التحليل أنه عندما كان مراهقا كان يأوي إلى فراشه بعد الظهر ويطلق لخياله العنان مدفوعا بغريزة المراهق، وينشط في ذلك نشاطا كبيرا، ثم امتنع عن ذلك خوفا على صحته، ثم ظهرت عليه بعد ذلك أعراض ارتعاش اليد وسرعة ضربات القلب كلما أوى إلى فراشه بعد الظهر، فلما اعتاد لعب القمار وتحسس الورق أو هز الزهر في يده، اختفت أعراضه.

ويرى «بيرغلر» أنه يجب ألا نتخدع بأقاويل المقامرين من أنهم يلعبون من أجل الإثارة أو الهروب من المشاكل، فالقضية برمتها ترجع إلى الطبيعة المازوخية لديهم. ويؤكد بيرغلر ذلك بقوله «إذا كان المقامرون يقولون إنهم يلعبون من أجل الفوز، فلماذا يستمرون في المقامرة على رغم خسارتهم المتكررة، وإذا كانت المقامرة من أجل الإثارة فلماذا كل هذه التكاليف الباهظة؟».

فالخسارة اللاشعورية للمقامر سلاحه نحو تحطيم ذاته (انتحار بطيء) أو تأكيد ذاته بالرفض والتحدي لسلطة الوالدين أو من يمثلها أثناء الطفولة، فالمقامر المرضي لا يريد المال بقدر ما يريد التمتع بنشوة اللعب والاستئناس بالأذى والألم عن طريق التعامل مع الصدف والخسارة المتكررة. وخسارته أو ربحه لا يعني لديه أي شيء. فهناك الغد.. وبعد الغد.

ومثال آخر يوضح لنا مازوخية المقامر: «كان أحد المرضى يراجع طبيبه النفسي ثلاث مرات في الأسبوع للعلاج، ورأى مرة اثنين يقامران في عربة القطار، وكان أحدهما يغش في اللعب ويربح، وعلى الرغم من تأكد صاحبنا من ذلك، فقد أغراه اللعب واستأسد فيه الداء ولعب مع الغشاش ذاته وخسر بالطبع».

وعلى هذا الأساس لا يتوقف المقامر إذا ربح، وهو البرهان على أن المقامر لا يمكن أن يكون ثريا عن طريق القمار ويقول مدير كازينو فرنسي شهير للمقامرة:

«لولا استمرار المقامر في اللعب، لما ربحنا نحن أي شيء إذ إن ربحنا نستمده من عدم توقفه عن اللعب سواء ربح أو خسر».

والمقامر إذ يشعر بالإثم ويستمر في تحطيم ذاته لتخفيف هذا الشعور، فإنه يجمع بين اللذة والألم، بل هو يبحث عنهما في اللعبة وإثارة اللعبة، ونتائجها هي مزيج من الاثنين: اللذة والألم، وهما وجهان للمرض أو ثنائيته،

وعلى الرغم من ذلك فهي، كما أوضح فرويد تحدٍ للأقدار أو كما كان يعترف مقامر ديستوفسكي.. كانت رغبته الغريبة هي أن أتحدى القدر .. أن أوجه لطمة على أنف القدر وأبرز له لساني استهزاء.

إن الشحنات الوجدانية المازوخية لدى المقامر تتطابق تماما مع انفعالات النشوة والسرور، وذلك رغم ما تنطوي عليه من معاني الألم والعذاب وهي بذلك تنطوي على معنى واحد (التناقض الوجداني)، فهي مزيج من اللذة والألم والنشوة والعذاب والشقاء، مما يجعلنا نقول: إن عذاب المقامر هو مصدر سعادته!

ومازوخية المقامر هي تعبير عن نرجسيته، ولكي ندرك ذلك لابد أن نفرق أولا بين اللذة والألم، فاللذة بطبيعتها تجعل الإنسان يستسلم لها وربما ينسى ذاته فيها، فيتخلى عن أناه في أثنائها، في حين أن اللذة لا تكاد تشعر بالألم حتى تقبع في داخلها وتنطوي على نفسها، من هنا نستطيع أن نقول إن الألم ـ والألم وحده ـ هو ما يتيح للمقامر الفرصة لأن يلتقي بنرجسيته ويقبع في قوقعة ذاته، فعلى رغم قسوة الألم الفرصة الوحيدة للالتقاء بالذات من جديد، وهو ما يتمناه المقامر دائما، وذلك لأن من طبيعة الألم أنه خبرة لا يشاركه فيها أحد. وتبدو مازوخية المقامر المغلفة بنرجسية مفرطة في الانتحار، فقد يتوهم البعض أن انتحار المقامر هو كراهية للذات وليس نرجسية، ولكننا نرى أنه منتهى النرجسية، إذ ينحر المقامر العالم من حوله قبل أن ينحره ! إذ ينتحر المقامر حتى لا يعطي لذاته الفرصة في أن يشعر بالندم.

إن مازوخية المقامر تبدو في تلذذه بالألم، وفي إدراكه أن ما يشعر به من عذاب هو حادثة فريدة، فالمقامر يدرك تماما أن ألمه فريد في نوعه، شاذ في حدته، وأن ما يشعر به من عذاب هو حالة خاصة، كما أن ذاته هي الأخرى ذات فريدة، فتراه دائما يردد ما يعبر عن ذلك في كلمات مؤلمة تسعده فيقول: اتركوني وشأني، دعوني وحدي، إن أحدا منكم لا يستطيع أن يقف على طبيعة ألمي أو صميم بواعثي وحقيقة دوافعي وكأنه يتألم بمنأى، بعيدا تماما عن العالم ومن حوله، وهذا ما يجعلنا نقول: إن المقامر يتعذب من سوء فهم الناس له.. لكنه سوف يتعذب أكثر لو فهموه.

إن ما يشعر به المقامر من عذاب وألم قد تكون له قيمته الإيجابية في نمو وثقل الشخصية، شريطة ألا يوسع المقامر من نطاق هذا الألم وذاك العذاب، وألا يصاحب ذلك الشعور باللذة، وأن تكون مشاعر الألم هي مرحلة

انتقالية، أما وإن ظل هذا الألم وذاك العذاب شيئا دخيلا وأساسيا في حياة المقامر وتكون له صفة القهر والإلزام، فذاك هو المرض وتلك هي المازوخية في أوضح معانيها.

ويرى «ديلمان» أن المازوخية أو تعذيب الذات لدى المقامر، يرتفع للأسباب التالية:

١ـ الفشل المتكرر في الفوز أثناء المقامرة.

٢ـ إهمال الحياة الأسرية والوظيفية بشكل كبير.

٣ـ لم تعد المقامرة ترضي طموح المقامر.

٤ـ عدم قدرة المقامر على التوقف عن المقامرة على رغم أنها لا ترضي طموحه.

٥ـ اضطراب العلاقة بالآخرين، وخاصة الأقارب والأصدقاء.

٦ـ تدهور المهارات الاجتماعية نتيجة لسلوك المقامرة.

وقد تؤدي هذه العوامل الستة إلى الشعور بالذنب، وهو عامل أساسي وجوهري يجعل لدى المقامر رغبة قوية في تعذيب ذاته لاشعوريا للتخلص من الشعور بالذنب، فعلى رغم الأموال التي قد يحققها المقامر فإنه لا يمتنع عن الرغبة في تعذيب ذاته بأن يستمر في المقامرة، فربما يفوز المقامر بكثير من الأموال، لكنه قد خسر كل حياته الاجتماعية والأسرية وخسر أشياء أخرى كثيرة كانت ذات دلالة وقيمة كبيرة بالنسبة إليه.

وتزداد الرغبة في تعذيب الذات للتخفيف من الشعور بالذنب، إذا كان المقامر يعزو كل أساب فشله في الحياة إلى نفسه وإلى المقامرة، وأنه المسؤول الأول عن كل ما يتعرض له من مصائب وسلبيات.

ويشير بيرغلر إلى أن رغبة المقامر في عقاب نفسه تصل إلى أعلى درجاتها عندما يكون الهدف من المقامرة هو الخسارة (لاشعوريا) والمكسب والفوز (شعوريا)، وذلك في محاولة لعقاب الذات لتخفيف الشعور بالذنب. وفي دراسة لـ «بيل» عن علاقة سلوك المخاطرة بالمازوخية، أشار فيها إلى أن سلوك المخاطرة يعبر عن الإثارة والألم والعبء، وعلى رغم ذلك فهو سلوك محبب للمقامر وربما يكون أحد أهم أسباب المقامرة، مما يعني أن سلوك المخاطرة يتطابق إلى درجة كبيرة مع المازوخية، فرغبة المقامر في المخاطرة، هي بمعنى آخر رغبة في المازوخية وتعذيب الذات.

والسؤال الذي يطرح نفسه الآن لماذا ترتبط المقامرة بالسادية والمازوخية في آن واحد؟

وهو ما نحاول الإجابة عنه من خلال عرضنا للتكوين السادومازوخي لدى المقامر.. فيما يلي:

البنية السادومازوخية لدى المقامر المرضي Sadomasochism

(لذة تعذيب الذات وتعذيب الآخرين)

تبدو بنية تعذيب الذات وتعذيب الآخرين لدى المقامر المرضي في أنه الإنسان الوسط الذي يحيا بين السادية والمازوخية دون أن يكون في وسعه يوما أن يتجاوز تلك المنطقة الوسطى، فإذا كان الإنسان مخلوقا من طين ودم، فإن المقامر مصنوع من سادية ومازوخية ! فكل شيء بالنسبة إليه يمكن أن يشترى ويباع بالألم. وهذا ما يجعل المقامرة ترتبط دائما بالسادية والمازوخية، بحيث يمثل أحد أطراف اللعبة السادية، والطرف الآخر المازوخية، ويرجع ذلك إلى أن المقامرة رغبة، والرغبة في طبيعتها العنف والعدوان والامتلاك والتسلط، فالمقامرة تتضمن سادية خفية ومازوخية مستترة ومتبادلة في الآن نفسه، فالطرف الذي يشعر أن الآخر قد استولى عليه، يحاول أن يمارس هذا الاستيلاء من جانبه، وفي ذلك عدوان خفي ومتبادل.. وإن كان يأخذ شكل اللعب.

والسادومازوخية Sadomasochism، هي فعل متبادل بين السادية والمازوخية في موقف من اللعب المصطنع، وما هي إلا تعبير عن الدافع الغريزي، حيث يوجه الدافع في السادية نحو هدف خارجي، بينما يتحول الدافع في المازوخية ضد الفرد نفسه.

ويرى البعض أن كل فرد في داخله مجموعة من الميكانيزمات التي تتصل فيها اللذة بالألم، ويجري التعبير عن ذلك بطرق مختلفة بين الأفراد في مختلف المراحل العمرية، والفرد السادومازوخي هو الفرد الذي يستمتع بالأوامر والإهانة أو أنه الشخص الذي يقوم بذلك، وقد يصل الأمر إلى الحد الذي يُضرب فيه الفرد بالسياط أو يقوم هو بالضرب، وهذا ما يفسر لنا أن غالبية الساديين يقيمون علاقات مع المازوخيين وذلك للحصول على الإشباع من خلال التعرض للألم.

فالعدوان استجابة بشرية ورد فعل لما يشعر به الفرد من ألم نرجسي، سواء كان هذا الألم موجها للذات أو نحو موضوع في التكوينات السادومازوخية وربما يخدم جهود الفرد لتعويض صور ذاته المحطمة. وغالبا ما تكون هناك علاقة بين صدمات وإحباطات الطفولة والسلوك السادومازوخي.

إن السادية والمازوخية لدى المقامر وجهان لشيء واحد، بحيث نجد أن السادية لديه تعبر أيضا عن المازوخية، وكذلك المازوخية تعبر لديه عن السادية، و كأنه لا يمكن لأحدهما أن يولد إلا من خلال الآخر، وبذلك لا يستطيع المقامر أن يحيا إلا على هذا التفاعل بين قطبي الغرائز الجزئية (السادية والمازوخية)، بحيث لا يمكن لأحدهما أن يبلغ الصفر في المائة أو يصل إلى حالة التمام الكامل مائة في المائة، فليس هناك مقامر يرغب في إزالة ما يشعر به من ألم وخسارة حتى يشعر باللذة الطبيعية التي نشعر بها نحن، لأنه إذ يفعل ذلك فإنه يحرم ذاته من القدرة على اللذة، كما أنه في الآن نفسه لا يحرم ذاته من لذة تعذيب الآخرين.

فالسادية والمازوخية لدى المقامر، دالتان مرتبطتان ولا سبيل إلى فصلهما، مثلهما مثل كفتي الميزان، كل حركة في إحدى الكفتين من شأنها أن تحرك الكفة الأخرى . وهذا ما يجعلنا نقول إن المقامر إذ ينظر إلى السادية والمازوخية على أنهما شر، فإنهما في نظره شر لابد منه، وذلك لما يمثلانه من صور الإغراء المتعدد الذي يأخذ بمجامع قلب المقامر، فتصبح المقامرة سلوكا يطيب فعله، الخسارة فيها وعد بالفوز الكبير، والفوز وعد بفوز آخر، وبين الفوز والخسارة ألم للذات وللآخرين ومساومات يبدو فيها البعد عن هذا الألم حليف العسر والشدة والصعوبة، بل والألم أيضا، فإذا كانت السادية والمازوخية التي يمارسها المقامر هبوطا إلى أدنى الدرجات، فإن المقامر يرى أن الهبوط أيسر دائما من الصعود، والاستسلام أسهل كثيرا من المقاومة والصمود، وهذا ما جعلنا نقول: «إنه بالابتعاد عن المقامرة ترتفع درجة وبالاندماج فيها تهبط ألف درجة».

وليس ثمة سادية ومازوخية بقدر ما هناك مقامرون سادومازوخيون أو ما نسميه نحن «لذة الانحراف إلى الإرادة السادومازوخية»، فالمقامر السادومازوخي هو ذلك الشخص الذي يسعى وراء إيلام ذاته والآخرين، مستشعرا ضربا من الزهو في رؤية ذاته والآخرين متألمين، وكأنما هو يفخر بما

يملك من قدرة على احتقار ذاته والتقليل من شأن الآخرين، ولذة انحراف الإرادة هنا قد تنصب على الذات فنقول عنها مازوخية، وقد تنصب على الآخرين فنقول عنها سادية، وقد تشمل الذات والآخرين فنقول عنها سادومازوخية. وعندما تتجه إرادة المقامر في التدمير إلى الخارج، فإنها لا تريد السادية بصفة عامة، وإنما تريد ذلك الآخر القريب من الذات، فليست سادية المقامر على أي آخر وإنما الآخر الذي يرتبط مع ذات المقامر مباشرة، وكلما تضاعفت لذة الآخر، زاد شقاء المقامر، وبقدر ما يشعر الآخر من ألم، تكون سعادة المقامر وساديته، والمقامر إذ يحاول تدمير الآخر القريب منه، فإنه تدمير لا يصل إلى حد الموت وإلا لما وجد المقامر موضوعا يمارس عليه ساديته، بل إنه يمنحه القوة ليمارس جزءا من ساديته على المقامر حتى يشعر بنشوة المازوخية التي تأخذ به من جديد إلى نشوة السادية. فعلاقة المقامر بالآخر إنما هي علاقة نفي وإنكار (سادية) ولكن هذا النفي يحمل أيضا معاني الإثبات (مازوخية) وهذا هو السبب في أن المقامر سادي ومازوخي معا.

ويجب أن نفرق بين سادية ومازوخية المقامر من ناحية، وبعض المشاعر التي نصفها أحيانا بأنها سادية أو مازوخية مثل مشاعر الحقد والحسد والعدوان والانتقام، فتلك مشاعر مسببة، أما مشاعر السادية والمازوخية لدى المقامر فليس لها سبب، بل هي علة ذاتها، فالمقامر لا يكون ساديا لأن الآخرين أقوى منه أو أفضل منه أو لأنهم ألحقوا به الضرر، ولكنه يمارس السادية على الآخرين لمجرد أنهم آخرون، إنه يكرههم ويعتدي عليهم لأنه يكره ويعتدي، وانعدام السبب هنا هو السبب. وعلى المحتوى الظاهر قد نحاول أن نبحث عن بعض الأسباب وراء السادية والمازوخية لدى المقامر، فلا نجد سببا، إذ إنها سابقة على كل المبررات التي يعطيها المقامر، فهي تأتي لمجرد أن الشخص مقامر، أما على المستوى الدينامي الباطني فهناك الكثير من الأسباب التي أوضحها لنا فرويد وبيرغلر وغيرهم.

وعندما يوضح المقامر أسباب ساديته ومازوخيته، فإننا نلاحظ أن البنية السادومازوخية لديه ما هي إلا نوع من الإسقاط، فتجد المقامر يتحدث عن الإثارة والغواية والمال والضغوط والمشاكل، ومن الممكن أن يُرجع كل ذلك إلى الشيطان، وما هذا إلا أساليب ملتوية لتبرير السلوك، حتى يظهر المقامر بمظهر الضحية والطاهر والقديس، وقد تجد المقامر يذكر أن السادية

والمازوخية قد انتقلتا إليه عن طريق العدوى، والحقيقة أن البنية السادومازوخية ليست مجرد عدوى تنتقل بالاختلاط أو الملامسة فقط، وإنما هي في الأساس «لذة انحراف إلى الإرادة السادومازوخية» التي تغوي نفسها بنفسها، فنجد أن المقامر هو نفسه الإثارة والغواية والمال والضغوط والمشاكل، بل إنه هو الشيطان والألف والياء في دراما المقامرة، وإن كان لابد أن تحدث الغواية السادومازوخية للمقامر، فذلك لأن بذورها كامنة في صميم بنيته. فالمقامرة بذلك لا تحدث إلا من خلال ضعف المقامر ذاته. وماذا عسى أن تكون تلك المقامرة إن لم يكن لدى المقامر ضعف واستسلام ولذة الانحراف إلى الإرادة السادومازوخية؟!



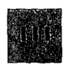
8 اضطرابات الشخصية لدى المقامر المرضي

اضطرابات الشخصية personality disorder هي اختلالات شديدة في التكوين الوصفي والميول والاتجاهات السلوكية للفرد، تشمل جوانب كثيرة في الشخصية، وتصاحبها مشكلات شخصية وسلوكية واجتماعية خطيرة. وعادة ما تظهر اضطرابات الشخصية في نهاية الطفولة المتأخرة وبداية المراهقة، وتستمر بوضوح في مرحلة الرشد.

فاضطرابات الشخصية سلوكيات واتجاهات غير متجانسة تشمل الجانب العقلي الانفعالي والجانب الوجداني من الشخصية فتؤثر على العاطفة والانتباه والتحكم في النزوات والإدراك والتفكير والاستدلال والمنطق وعلاقة الفرد بالآخرين، فهي نمط شاذ طويل المدى يتصف بالثبات النسبي ولا يقتصر على المرضى النفسيين والعقليين، وإنما يصيب بعض الشخصيات السوية.

«يبدو المقامر كغريق.. بدلا من أن تلقي له المقامرة بطرف الحبل.. ألقت له بالحبل كله»

المؤلف



وتشير اضطرابات الشخصية في المقام الأول إلى عدم قدرة الفرد على التوافق مع المواقف الشخصية والاجتماعية بصورة سليمة، وإنما يكون التوافق بصورة شاذة ومرضية، مما يسبب للفرد انزعاجا قد يؤدي إلى خلل في الأداء الوظيفي والاجتماعي.

في الآونة الأخيرة بدأ العلماء يدركون أن هناك علاقة بين اضطرابات الشخصية وسلوك المقامرة المرضية، فبدأ الحديث عن اضطرابات المزاج، وشخصية المقامر المضادة للمجتمع، والقلق، والانتحار، والعصابية والعدوانية والحيل الدفاعية التي يستخدمها المقامر.

ويشير علم الأوبئة epidemology إلى أن حدوث أحد الاضطرابات النفسية قد يؤدي إلى اضطرابات أخرى، فالاضطرابات النفسية ذات طبيعة هرمية يؤدي بعضها إلى بعض، وفيما يتصل بالمقامرة المرضية، لا يمكن لنا النظر إلى أحد الاضطرابات النفسية السابقة عليها أو التالية لها، دون النظر إلى دراسة علاقتها بعضها ببعض.

وقبل أن نتناول بعض الاضطرابات النفسية لدى المقامر المرضي، لابد أن نتساءل:

١ـ هل تؤدي المقامرة المرضية إلى حدوث الاضطرابات النفسية، أم أن بعض الاضطرابات النفسية هي التي تؤدي إلى المقامرة المرضية؟ باختصار، هل المقامرة سبب أم نتيجة؟

٢ـ هل تحدث أعراض المقامرة المرضية معا في وقت واحد، ويكون حدوثها مقرونا ببعض الاضطرابات؟

٣ـ هل تؤدي بعض الاضطرابات النفسية إلى الإفراط في سلوك المقامرة؟

وسوف نحاول الإجابة عن هذه الأسئلة من خلال تناول بعض الاضطرابات النفسية للمقامرة المرضية.

أولا: اضطرابات التحكم في الدفعة impulse control disorder

تصنف المقامرة المرضية ضمن اضطرابات العادة والاندفاع، وذلك بأنها تتضمن أفعالا متكررة لا يمكن التحكم فيها، وعلى الرغم من أنها قد تؤذي مصالح الفرد ومصالح الآخرين، فإنه يصعب التوقف عنها، فالمقامرة المرضية اضطرابات تتكون من نوبات عديدة ومتكررة من المقامرة تتحكم في حياة الشخص على حساب القيم والمعايير الاجتماعية والمهنية والمادية والأسرية.

وتتفق غالبية الباحثين على أن المقامرة المرضية هي اضطرابات في التحكم في الدفعة impulse control disorder، وهو ما يعني الفشل في مقاومة الدفعة أو الدافع، أو الرغبة وغواية temptation المثير. فالمقامر يؤدي بعض السلوكيات المؤلمة الضارة لذاته وللآخرين من خلال سلوك المقامرة، ومع ذلك ليس لديه القدرة على التوقف عنها، مما يدل على عدم القدرة على التحكم في السلوك، أو بمعنى آخر، عدم القدرة على التحكم في الدفعة.

وعادة ما يسبق اضطرابات التحكم في الدفعة حالة من التوتر والقلق، تختفي تماما بإقدام الفرد على الفعل موضوع الدفعة، و يتصف الفعل الخاص باضطرابات الدفعة بالمتعة والإثارة والتشويق، على رغم ما يحتويه من أفعال وسلوكيات ضارة للفرد وللآخرين، لذلك نجد أن الشعور بالذنب هو المحصلة النهائية للأفعال الخاصة باضطراب التحكم في الدفعة. وهو ما نجده بوضوح لدى المقامر المرضي الذي يكون مدفوعا نحو اللعب والرهان بصورة قهرية، يفشل معها في مقاومة هذا الدافع وغوايته. وبعض المقامرين، على الرغم من أنهم يدركون تماما مدى ضرر وخطورة المقامرة، فإنهم يعجزون عن التوقف عنها، وقد تتعجب عندما ترى بعضهم يلعن المقامرة لكنه يتمسك بها.

ويشمل اضطرابات التحكم في الدفعة العديد من السلوكيات مثل إشعال الحرائق المرضي، أو هوس إشعال الحريق pyronomania، وهوس السرقة أو السرقة المرضية kleptomania، وهوس نزع الشعر tricotilomania أو نتف الشعر hair pulling، والإدمان addiction ، وكل هذه الاضطرابات تشير إلى اضطراب في الدفعة وعدم القدرة على مقاومة إغراء الفعل.

والمقامرة المرضية، باعتبارها أحد جوانب الاضطراب في التحكم في الدفعة، تشير أيضا إلى سلوكيات مثل سلوك المخاطرة، والبحث عن الإثارة sensation seeking، وعدم الكف السلوكي behevioral disinhibition. وإذا كانت كل السلوكيات التي تشير إلى اضطرابات التحكم في الدفعة تعبر عن عدم قدرة الفرد على مقاومة الرغبة في الإتيان بالفعل، فإن الحال تختلف لدى المقامر المرضي الذي لا يستطيع فقط التوقف عن المقامرة، بل إنه لا يرغب في التوقف، وقد عبر عن ذلك أحد المقامرين عندما قلب العبارة قائلا:

«لو لم أكن مقامرا لوددت أن أكون مقامرا».

ثانيا: اضطرابات المزاج mood disorder

ترتبط المقامرة المرضية بمجموعة من اضطرابات المزاج، تشمل الاكتئاب وما ينتج عنه من الانطواء والوجدانيات السلبية بجانب الهوس الخفيف وتقلب المزاج. وقد أوضحت الملاحظات الكلينيكية للمقامرة المرضية أن هذه الاضطرابات تؤدي إلى اضطرابات نفسية أخرى أكثر خطورة، مثل الإدمان والانتحار والقلق والتوتر النفسي وفقدان القدرة على التحكم loss of judgment.

١ ـ الاكتئاب: depression

يشير الاكتئاب إلى مجموعة من الأعراض الكثيرة والمتشابكة التي تتداخل بعضها مع بعض، وتختلف هذه الأعراض من فرد إلى آخر، إلا أنها لا تخرج عن اللوم، تأنيب الذات، التشاؤم، اليأس، خيبة الأمل، الإحساس بالفشل، الشكاوى الجسمانية، الحزن، وبعض المظاهر الفسيولوجية من قبيل اضطرابات الطعام، واضطرابات النوم.

ونظرا إلى تنوع أعراض الاكتئاب، فهي نماذج وأنواع تشمل: الاكتئاب الاستجابي reactive depression، وهو الناتج عن حدث مؤلم للفرد، وغالبا ما يكون الحدث خارجيا، على عكس الاكتئاب الداخلي endogenous depression، وهو الاكتئاب الأخطر لعدم وضوح أسباب خارجية له، كما أن علاجه يكون مزيجا من مضادات الاكتئاب والجلسات الكهربائية بجانب طرق العلاج النفسية المختلفة. وهناك الاكتئاب الموسمي depression seasonal الذي يرتبط ببعض فصول السنة، خاصة الشتاء، وعادة ما يكون الاكتئاب في هذه الحالة رد فعل للرغبة في العزلة والانطواء. وهناك الاكتئاب الذي يتلو أو يسبق حالات الهوس أو النشاط الزائد، وهو ما يعرف بذهان الهوس والاكتئاب manic depression psychosis.

وغالبا ما يصاب المقامر المرضي بالاكتئاب، فقد أوضحت الدراسات الكلينيكية أن هناك علامة قوية ودالة بين المقامرة المرضية والاكتئاب. ويجب أن ندرك أن الاكتئاب لدى المقامر المرضي يندرج تحت الاكتئاب الاستجابي reactive depression، وهو اكتئاب لم يصل بعد إلى درجة مرضية، وإنما يشمل زملات اكتئابية بسيطة تكون ناتجة عن مشكلات مؤقتة تعرض لها المقامر، أدت إلى بعض من القلق والإحباط ومشاعر الحزن والضيق. وإذا استمرت



هذه الأعراض لفترة طويلة (أكثر من أسبوعين) فقد يتحول الاكتئاب الاستجابي إلى حالة مرضية تبدو واضحة في الاكتئاب العصابي، الذي تزيد معه حدة القلق والتوتر والإحباط والحزن واليأس.

وسواء كان الاكتئاب لدى المقامر استجابيا أو عصابيا، فإن الأعراض واحدة، لكن تختلف في حدتها، أي أن الأعراض تتشابه من حيث النوع ولكن تختلف من حيث الدرجة، فتزيد حدة الأعراض الاكتئابية لدى المقامر المرضي، في حالة تحوله من اكتئاب استجابي إلى اكتئاب عصابي.

ويبدو الاكتئاب واضحا لدى المقامر المرضي في مشاعر الحزن واليأس التي تسيطر عليه، والشعور بأن حياته أصبحت خالية من كل معنى وصفر من كل قيمة، والشعور بضغط الظروف والأعباء من حوله، والأحاسيس الانهزامية أمام هذه الضغوط، وكأن هذه الضغوط وتلك الأعباء أصبحت قدرا محتوما لا فرار أو فكاك منها. وبجانب ذلك نجد المقامر المرضي في شعوره بالاكتئاب يبدو فاتر الهمة، حزينا مغموما، خاملا كسولا، ليست لدية طاقة، حتى إن وجدت هذة الطاقة فإنه يعجز عن تفعيلها؛ مما يعني أنه أصبح عاجزا تماما عن أداء كثير من الأنشطة الاجتماعية التي كان يمارسها قبل أن يصبح مقامرا مرضيا، وهو ما يؤدي إلى ضعف المهارات الاجتماعية الإيجابية، وتبني مهارات اجتماعية سلبية، تخدم أغراض اللعب والمراهنة فقط.

ويبدو تأثير الاكتئاب لدى المقامر المرضي في الأنشطة الاجتماعية في اضطراب علاقاته الاجتماعية بالآخرين، حتى أقرب المقربين إليه، كالعلاقة بالإخوة، أو الزوجة، أو الوالدين، والأصدقاء، والجيران، لذلك كثيرا ما نجد المقامر المرضي يميل إلى الانسحاب من الحياة الاجتماعية، وإن اضطر إلى الاندماج في علاقات اجتماعية لا يرضاها فغالبا ما يتخطى حدود الآداب والقوانين الاجتماعية. فهو لا يعرف حياة اجتماعية سوى حياة المراهنة واللعب والمخاطرة.

ويجب أن ندرك أن السلبيات التي يعانيها المقامر المرضي تتحول إلى إيجابيات أثناء سلوك المقامرة، فإذا كان في حياته الاجتماعية فاتر الهمة، مهزوما، حزينا، ليست لدية طاقة، فإنه يكون على عكس ذلك تماما أثناء سلوك المقامرة، إذ يبدو شديد الحماس، قوي الهمة، سعيدا،

مليئا بالحيوية والطاقة، وذلك بغض النظر عن المكسب أو الخسارة، فإن كان ثمة مكسب، كانت هناك طاقة وحماس، وإن كانت ثمة خسارة كانت هناك أيضا طاقة وحماس ناتجان عن إحساس وهمي بأن الحظ سوف يواتيه، وأن القدر سوف يبتسم له، كأنه بذلك قد أخذ عهدا على القدر بضرورة الانتصار.

وفي اللحظة التي يتكرر فيها فشل المقامر وخسارته كثيرا من الأموال، يبدو الاكتئاب واضحا من خلال مشاعر اللوم والذنب، فنجده يصف نفسه بأنه وضيع وبهيمي وسيئ وشرير لأقصى درجة، وعندما يحاول التخلص من هذه الحالة، فإنه لا يجد إلا المقامرة، وكأنما يسير وفق المقولة : «وداوني بالتي كانت هي الداء»، وهذا ما يجعلنا نقول : «إن المقامر المرضي مهما اتسع أفقه، فإنه لا يتجاوز الموائد الخضر».

ويفسر المقامر المرضي هذه الحالة بأنه في البداية كان يقامر من أجل المال، أما بعد أن أصيب بالاكتئاب فإنه يقامر من أجل التغلب على الشعور بالاكتئاب والوحدة، والرغبة في التفاعل الاجتماعي بالآخرين. فالمقامرة لدى كثير من المقامرين وسيلة إلى تخفيف حدة الشعور بالاكتئاب. من خلال ذلك تتضح لنا الإجابة عن السؤال التقليدي : هل الاكتئاب يسبق المقامرة المرضية، أم أنه حالة تتلوها؟ فالاكتئاب بذلك قد يكون سببا، وقد يكون نتيجة. وقد يكون السبب والنتيجة في آن واحد.

٢ ـ الهوس الخفيف: HYPOMANIA

يحدث الهوس لدى المقامر المرضي بصورة أقل من الاكتئاب لديه، ولكنه في الغالب يحدث بعد نوبة الاكتئاب التي يتعرض لها. والهوس لدى المقامر هو من النوع الخفيف، أي أنه هوس من دون أعراض ذهانية حادة أو مزمنة. وتظهر أعراضه عندما يحقق بعض المقامرين المرضيين أول انتصار لهم، خاصة إذا كان هذا الانتصار قد جاء بعد مرات كثيرة ومتلاحقة من الهزائم المستمرة.

وفي أثناء حالة الهوس الخفيف يبدو المقامر المرضي خليعا، لا يبالي بأمور كثيرة، لا يستقر في مكان واحد، كثير الحركة، لديه الكثير من الأفكار، وتبدو أفكاره سريعة ومتلاحقة، مما يؤدي إلى تطاير الأفكار لديه، فهو ينتقل من موضوع إلى آخر، تارة يتحدث بجدية، وتارة يتحدث بهزل، فيختلط لديه

الحابل بالنابل، وغالبا ما يصاحب حالة الهوس الخفيف لديه الشعور بالعظمة والافتخار، والتي يدور معظمها حول مهاراته وقدراته على تطويع اللعبة لأوامره، وهو ما يعرف بوهم القدرة على التحكم.

وربما يحدث الهوس الخفيف لدى المقامر المرضي عندما يصل إلى مرحلة اليأس الكامل من الفوز، ويجد نفسه فجأة قد ربح مالا وفيرا، وهنا تظهر علامات المرح والنشوة والبهجة المستمرة، وكثرة الحركة والتهيج والإثارة من دون هدف واضح ومن دون الشعور بالإرهاق والخمول. ويصاحب ذلك غرور شديد، ورغبة ملحة في السيطرة على الآخرين، تبدو واضحة في أن المقامر يسخر من طريقة لعب الآخرين، ويحاول أن يعطي لهم التعليمات الصحيحة من وجهة نظره لأصول اللعبة.

وسرعان ما تنتهي حالة الهوس الخفيف لدى المقامر المرضي عند أول خسارة يتعرض لها، فيتحول الهوس الخفيف إلى اكتئاب، فحالة الهوس لديه تتوقف على المكسب أو الخسارة، وإذا كانت الفترة الزمنية لحالة الهوس تستغرق وقتا قليلا فإن حالة الاكتئاب التابعة لها تستمر لفترات طويلة.

٣ ـ السيكوباتية : Psychopathic

السيكوباتية psychopathic أو الشخصية المضادة للمجتمع antisocial personality، هي أحد اضطرابات الشخصية التي تتميز بعدم الاهتمام بالمعايير والقيم الاجتماعية، والشخصية السيكوباتية المضادة للمجتمع شخصية عنيدة، عدوانية مستهترة، لا تستطيع تحمل الإحباط، كثيرا ما تلقي باللوم على الآخرين، لا تتعلم من الخبرة، وليس لها القدرة على مقاومة المغريات، ناقدة لكل شيء في المجتمع وتسير وفق العبارة القائلة «حطم كل القوانين».

والشخص السيكوباتي، أناني وطموح، انتهازي ووصولي لا يحترم الآخرين ولا يبالي بهم، كثير الكذب، وكثيرا ما يورط نفسه في أفعال إجرامية بسبب اتجاهاته السلبية وميوله العدوانية. وليس من الضروري أن تتوافر كل هذه الخصائص وتلك السمات كي يصبح الفرد سيكوباتيا مضادا للمجتمع، فقد تتوافر خاصية أو أكثر تجعل من الفرد شخصية مضادة للمجتمع.

وفيما يتصل بالسيكوباتية لدى المقامر المرضي، نجد أنها تبدو في العدوانية الشديدة على الآخرين وعلى المجتمع بأسره، وتصل هذه العدوانية إلى أقصى درجاتها في السخرية والاستهزاء بالقيم والعادات الاجتماعية التي يقرها المجتمع، وكذلك في السخرية من فكرة «الوطنية»، فالمقامر المرضي ينفي هذه الفكرة تماما، فليس لديه إحساس بالانتماء والوطنية نظرا إلى عدوانيته الشديدة تجاه المجتمع والآخرين، فهو حاقد، وناقم ويود لو يفنى المجتمع بأسره، ويرجع ذلك إلى الإحساس الواعي لديه بأن المجتمع هو المسؤول الأول والأخير عما يعانيه من مصائب، بل إن بعض المقامرين يحملون المجتمع مسؤولية سلوك المقامرة.

ففي حالات الخسارة المتكررة يدرك المقامر المرضي مدى خطورة المقامرة، وكيف أنها تؤثر سلبيا في حياته وحياة الآخرين، وهنا يأتي باللوم على المجتمع، فيرى أنه لم يوفر له فرصا أخرى يحقق من خلالها ذاته، وأن حاجاته وطموحاته أكبر بكثير مما تحققه الفرص المتاحة في المجتمع، لذا نجد المقامر حاقدا على المجتمع بأسره وثائرا على كل ما فيه، يعيش فيه لكنه لا ينتمي إليه. مما يعجل بظهور السيكوباتية لديه.

وإذا كنا نقول إن السيكوباتي لا يتعلم من الخبرة، ولا يستطيع مقاومة المغريات، فإن المقامر المرضي يبدو كذلك، فعلى الرغم من أن بعض المقامرين يرددون عبارة (كل من في المقامرة خاسر) إلا أنهم لا يتوقفون عن اللعب، بل إنهم لا يستطيعون مقاومة مغريات المقامرة، وذلك لاضطراب التحكم في الدفعة impulse control disorder تلك التي يتميز بها المقامر المرضي وكذلك السيكوباتيون والمازوخيون والساديون.

وقد يضاد المقامر المرضي المجتمع بطريقة أكثر خطورة عندما يخسر كل ما لديه من مال، ويرفض الآخرون أن يقرضوه إياه فيندفع إلى الجريمة بأنواعها المختلفة، سواء القتل والاعتداء على الغير لأتفه الأسباب، أو الاختلاس والتزوير والسرقة. وعندما لا يتوافر المال لديه تنخفض السلوكيات المضادة للمجتمع.

وإذا كان المقامر المرضي من مدمني المخدرات أو الكحوليات، فإن الفترة الزمنية التي يكون فيها تحت تأثير المخدر، لا يكون شخصية سيكوباتية أو مضادة للمجتمع، بل تختفي لديه أعراض السيكوباتية، ويبدو شخصا هادئا

سويا وغير مضطرب في مظهره وسلوكياته.

وإذا كان المقامر المرضي يمارس المقامرة منذ الصغر، فإن الاضطرابات الناجمة عنها تظهر متأخرة، فيما عدا السلوك المضاد للمجتمع، فهو يظهر متلازما مع سلوك المقامرة في صور متعددة تشمل : سلوك المخاطرة، والرفض التام لكل القيم والمعايير الاجتماعية، وعدم تحمل المسؤولية، واللامبالاة بمصائب الآخرين ما دام بعيدا عنها. فقد ورد على لسان أحد المقامرين أنه قال:

«تموت الدنيا بأسرها ولا أصاب حتى بالسعال».

ويجب أن ندرك أن المقامر المرضي إذ يبدو سيكوباتيا من خلال بعض السلوكيات السلبية الشاذة، فإن هذه السلوكيات تتحول إلى النقيض تماما أثناء سلوك المقامرة، فإذا كان سيكوباتيا لا يبالي بأي شيء، فإنه يهتم كثيرا بكل صغيرة وكبيرة في المقامرة، وإذا كان هادئ الطباع ولا يثور ولا يندم على شيء، فإنه في أثناء اللعب يكون على درجة عالية من الإثارة والانفعال، ويشعر بالحسرة لخسارته، ويوبخ نفسه على كل خطأ قام به، وإذا كان يفتقر إلى الدافعية والاستبصار ولا يستجيب للعلاقات الاجتماعية، وليست لديه قدرة على الحب، ولا يضع خططا لحياته، فإنه في أثناء المقامرة ذو دافعية عالية قد تجعله يستمر لساعات طويلة في اللعب والرهان، وهذه الدافعية لا تخلو من الاستبصار، الذي يجعله دائما في حالة من التأهب والاستعداد لفهم كل ما يدور في اللعبة، بجانب ذلك نجده في تفاعل مع الآخرين أشبه بالعلاقات الاجتماعية التي نجدها لدى القطيع. وإذا كان لا يقدر على الحب فإن المقامرة هي الحب الأول والأخير له، وإذا كان لا يخطط لحياته فهو في أثناء المقامرة يضع الحيل وينسج الأكاذيب لتكون الغلبة له في النهاية، وإذا كانت السيكوباتية لدى المقامر تشير إلى أنه على قدر من الذكاء، فهو إذ يمارس اللعب والمقامرة يبدو غبيا وذا تفكير غير عقلاني، فعلى رغم أنه يعلم أنها تضر بحياته ومستقبله، فإنه يتمسك بها ويتمسك بالأمل الشاذ المريض.

٤ ـ الانتحار: Suicide

تشير الأطر النظرية المختلفة لسيكولوجية المقامرة إلى أن هناك علاقة بين الأفكار الانتحارية أو محاولات الانتحار والمقامرة المرضية، واتضح أن المقامرين الذين يقومون بهذه الأفعال قد مارسوا سلوك المقامرة في وقت

مبكر من حياتهم، وذلك بمقارنتهم بالمقامرين الذين ليس لديهم أفكار أو محاولات انتحارية، كما أنهم كانوا أكثر اندماجا في أنشطة محرمة ومحظورة اجتماعيا، تدعم سلوك المقامرة مثل الاستدانة والسرقة والرشوة والتزوير.

وقبل الانتحار أو التفكير فيه، تبدو على المقامر بعض الأعراض التي تستمر معه لشهور طويلة، منها القلق الدائم المستمر والاكتئاب الحاد واضطرابات النوم، وربما بعض الاضطرابات السيكوسوماتية التي تظهر في بعض الشكاوى والأوجاع الجسدية. وكلما كان المقامر المرضي أكثر انفعالية، كان أكثر ميلا إلى الانتحار، فالانفعالية تعطيه القدرة على التنفيذ الفوري لأفكاره الانتحارية وبطريقة تلقائية، وقد لا يكون للانتحار لدى المقامر المرضي مقدمات أو حتى أسباب واضحة أو دوافع قوية تستحق هذا العمل الكبير، غير أنه بالنظر إلى مدلول الباطن والبعد عن محسوس الظاهر يتضح أن هناك الكثير من الأسباب التي دفعته إلى هذا السلوك، فقد لا يكون هناك سبب واحد للانتحار، ولكن بالتحليل العميق يتضح أن هناك عشرات الأسباب، فقد ينتحر المقامر كعقاب ينزله بنفسه عندما يدرك بشاعة المقامرة وقبحها، وكيف أنها ضيعته وأضاعت كل شيء من حوله.

وقد تكون رغبة المقامر المرضي في الانتحار هي في الأساس رغبة في القتل والتدمير، فما من مقامر انتحر أو لديه أفكار انتحارية، إلا كانت لديه رغبة في القتل، فجاء انتحاره كمحاولة لتخفيف هذه الرغبة.

وربما ينتحر المقامر لأنه لم يستطع أن «ينحر» الظروف الصعبة التي يمر بها فقام وانتحر، وكأن النفس والصعوبات أصبحتا وجهين لعملة واحدة، إذا قضى على إحداهما انتهت الأخرى تلقائيا، وحيث إن المقامر قد فشل في القضاء على صعوباته، فقد قضى على الطرف الآخر وهو ذاته. من هنا يتضح لنا أن الانتحار لدى المقامر ربما يكون هروبا من مواقف ضاغطة وظروف صعبة لا يتحملها، ويبدو ذلك واضحا لدى المقامرين الذين لديهم أفكار انتحارية، حيث يرون أن الانتحار هو الطريقة الوحيدة لحل مشكلاتهم.

وفي بعض الحالات النادرة يندفع المقامر المرضي نحو الانتحار من دون وجود ضغوط أو فشل متكرر في اللعب والرهان، بل على العكس قد يحقق المقامر نجاحا كبيرا وتفوقا منقطع النظير ومع ذلك ينتحر، وهذا النوع من

المقامرين يحطمهم النجاح ويحملهم مسؤولية الحفاظ على ما وصلوا إليه من تفوق، ناهيك عن أن كثرة النجاح والتفوق يقللان من معدلات الإثارة لديهم؛ فتصبح المقامرة نوعا من الروتين الممل، وهنا يفضل المقامر المرضي الانتحار على مواجهة متطلبات النجاح ومسؤولياته، فضلا عن أنه لا يقوى على مواجهة الملل وعدم الإثارة والشعور بالوحدة والفراغ النفسي.

وقد وجد أن المقامرين الذين لديهم أفكار انتحارية غالبا ما يقامرون بأموال كثيرة، وعليهم كثير من الديون، بالإضافة إلى أن غالبيتهم من الشباب المتورطين في أعمال سرقة، والمفرطين في تناول الكحوليات والمواد المخدرة، وأنهم لا ينتحرون أو يفكرون في الانتحار وهم تحت تأثير المخدر، وإنما بعد زوال تأثيره.

وترى غالبية الباحثين أن العامل الرئيسي في الانتحار هو الاكتئاب، فالاكتئاب لدى المقامر المرضي سلاح ذو حدين، فهو من ناحية يدفعه إلى البحث عن علاج للمقامرة، وإذا فشلت المحاولات العلاجية يشعر بالعجز والضعف، وكل ما يفعله هو تنظيم حياته وفق شريعة المقامرة التي أصبحت في نظره لا مفر منها، وبناء على هذه الأفكار الوهمية ينغرس في المقامرة أكثر مما كان عليه، حتى إذا تفاقمت خسارته وأصبح لا يملك شيئا فإنه يعالج نفسه بالانتحار، ويبدو ذلك في الخطوات التالية:

١ـ اكتئاب حاد وشديد يدفع الفرد ـ تحت ظروف معينة ـ إلى المقامرة للتخلص من الاكتئاب.

٢ـ قد يتخلص الفرد من الاكتئاب، لكنه لا يستطيع التخلص من المقامرة.

٣ـ يعود الاكتئاب من جديد بسبب عدم القدرة على التخلص من المقامرة، والشعور المفرط بالذنب.

٤ـ يقوم المقامر بمحاولات عديدة للتخلص من المقامرة، لكنها محاولات فاشلة ينتج عنها الإحساس بالعجز والضعف أمام المقامرة.

٥ـ يطلق المقامر لنفسه العنان في اللعب والمراهنة، لاعتقاده الوهمي أنه لا مفر من المقامرة، وحتى يوفر على نفسه العناء والمجهود اللذين يكبح بهما المقامرة.

٦ـ يتوقف عن المقامرة لعدم وجود المال، فقد تعرض لخسارة متلاحقة قضت على كل ما يملك.



٧ـ يتجه إلى الجريمة بأنواعها المختلفة لإيجاد المال اللازم للمقامرة، وإذا تعرض المقامر المرضي إلى الخسارة من جديد، فإنه يصل إلى مرحلة اليأس الكامل التي ربما تقوده إلى الانتحار.

وقد يُقبل المقامر على الانتحار في المناسبات السعيدة عندما يرى أن كل من حوله يعيشون حالة فرح وسرور، فمثل هذه المناسبات وتلك الظروف لا تثير لديه حالة الفرح أو السرور، وإنما على العكس، تثير مشاعر الحزن والاكتئاب وتدفع إلى الانتحار. وتفسير ذلك أن المقامر المرضي يرى أنه في اللحظة التي ينبغي أن يكون فيها مرحا فرحا وسعيدا مثل الآخرين، وجد نفسه أكثر حزنا وكآبة، فيشعر بأنه غريب عن الآخرين، بعيد عنهم، فهذه المناسبات السعيدة تثير انفعال الحزن لديه.

ففي هذه اللحظة يقارن المقامر بين حاله فيما مضى، في أثناء هذه الذكريات، وقبل أن يكون مقامرا، وبين حاله الآن، ومثل هذه المقارنات تدعم لديه فكرة الانتحار.

وقد يكون انتحار المقامر نوعا من التوحد بمقامرين انتحروا بالفعل، وقد يرى أن مشاكله وظروفه الصعبة تشبه تماما مشاكل وظروف مقامرين آخرين انتحروا بالفعل، فيرى أنه لو كانت لديهم حلول لهذه المشكلات ما كانوا قد انتحروا، فيدرك أن الانتحار هو الحل الوحيد لهذه المشكلات.

وفي بعض الحالات يُقبل المقامر على الانتحار وهو في طريقه إلى العلاج من المقامرة، وذلك لأن العلاج قد كشف له عن الوجه القبيح الذي كان عليه، وفظاعة السلوك الذي كان يمارسه، مما يفجر شعورا خطيرا بالذنب، يحسب معه أن الموت أهون عليه من الحياة.

وطبقا لنظرية «دوركايم» في الانتحار، يبدو انتحار المقامر مدفوعا إليه من نفسه egoistic Suicide بحكم فشله في التوافق مع نفسه ومع الآخرين؛ فيدين بشدة قصوره ويقضي على نفسه بالإعدام. وقد يكون انتحار المقامر الدافع إليه فقدان شيء Anomic Suicide، كأن يفقد المقامر كل ثروته التي كانت تربطه بالحياة، وبعد خسارته أصبحت الحياة لا قيمة لها فيُقبل على الانتحار. وإذا كانت المقامرة هي الحب الأول والأخير للمقامر المرضي، فإنها بالطبع ستدمج في ذات المقامر، وبسبب الإحباط المتكرر والخسارة الدائمة المستمرة يتحول هذا الموضوع المحبوب في الذات إلى موضوع مكروه، ولأن

المقامرة أصبحت مُدمجة في الذات، وصارت جزءا من المقامر نفسه، فإن مشاعر الكراهية تنتقل منها إلى ذات المقامر، فقد يكره المقامر نفسه لأنه كان يحب المقامرة ويمارسها، ولكي يدمرها فعليه أولا أن يدمر نفسه حتى يدمر معها المقامرة.

وإذا كنا نقول إن هناك علاقة بين المقامرة المرضية والسيكوباتية والانتحار، فيجب أن نشير إلى أنه إذا ارتفعت حدة السيكوباتية وأعراضها، فإن احتمالية الانتحار أو مجرد التفكير فيه تنعدم تماما، فالانتحار يعني أن الفرد ذو حساسية خاصة ومفرطة نحو ذاته ونحو الآخرين، وأنه يهتم بكل صغيرة وكبيرة تدور من حوله، وهذا على عكس السيكوباتي تماما الذي يبدو غير مبالٍ بكل شيء، ولا يهتم بأي شيء.

من هنا يتضح لنا أن انتحار المقامر ظاهرة نفسية واجتماعية في وقت واحد، تحددها عوامل ترجع إلى الفرد والمجتمع وبعض الخبرات الشخصية.

٥ ـ القلق: Anxiety

غالبا ما توجد علاقة مباشرة بين المقامرة المرضية والقلق، فكثير من المقامرين يلجأون إلى سلوك المقامرة كحيلة دفاعية ضد الشعور بالقلق، حتى أن بعضا من المقامرين تستولي عليهم حالة من القلق الشديد لمجرد التوقف عن اللعب والرهان، فالمقامرة توفر للمقامر المرضي حالة من النشوة والمتعة، بغض النظر عن المكسب أو الخسارة، وهي حالة شبيهة بما يعرف لدى المدمنين بـ «النشوة السالبة» Negative Euphoria.

وقد يكون القلق لدى المقامر «حالة وسمة» فبالنسبة إلى المقامر غير المرضي يكون القلق «حالة»، أي أنه قلق مؤقت يزول بزوال السبب، وغالبا ما يكون القلق هنا حالة من الخوف من الخسارة في اللعب، ومجموعة من التوقعات السلبية بالهزيمة. أما القلق لدى المقامر المرضي فهو قلق «سمة»، بمعنى أنه قلق ثابت نسبيا أو سمة أساسية من سمات المقامر، تدفعه دائما إلى التخلص منه بمختلف الطرق.

ويختلف القلق لدى المقامر المرضي عنه لدى المقامر غير المرضي، فما يسميه هذا الأخير نوعا من القلق، يعتبره الأول نوعا من الإثارة والتشويق، وإذا كان القلق لدى المقامر المرضي خارج نطاق المقامرة، وبسبب الضغوط



الحياتية التي يتعرض لها، والمسؤوليات التي لا يستطيع مواجهتها، فإن القلق لدى المقامر غير المرضي ينتج عن حالات التردد والتعثر والتوقعات السلبية التي يعانيها في أثناء اللعب والخوف من الخسارة.

وبصفة عامة لا يمكن النظر إلى القلق على أنه مرض، وإنما هو «إشارة إنذار» للمرض النفسي والعقلي، ففي اللحظة التي يصبح فيها القلق سمة أساسية في التفكير والإدراك والوجدان والسلوك، يكون ذلك بمنزلة إنذار للوقوع في المرض النفسي أو العقلي، فجميع الأمراض النفسية أو العقلية تبدأ بالقلق، ومن ثم يعتبر القلق عرضا لمرض، واضطرابا يشي بمرض ما، الغرض الأساسي منه لدى المقامر المرضي هو الحث على إيجاد طريقة مناسبة للخروج من هذه الحالة المكدرة التي يعانيها بسبب الضغوط الحياتية والمصاعب والمشكلات التي لا حلول لها.

والقلق لدى المقامر المرضي هو خوف معتقل لا يجد له مخرجا إلا المقامرة، وإذا كنا نصف هذا القلق بأنه «قلق سمة»، فيمكن أن نطلق عليه «قلقا عصابيا»، حيث دائما ما نجد المقامر المرضي، وهو بعيد عن المقامرة، في حالة من الخوف لا يعرف لها سببا، ولا يجد لها أصلا، ولا يستطيع أن يحدد لها مبررا موضوعيا، وربما يكون هذا الخوف لا شعوريا، تثيره ضغوط حياتية ومسؤوليات بسيطة، ينظر إليها على أنها معضلات ومشكلات يصعب حلها. وبعض المقامرين المرضيين يلجأون إلى المقامرة للهروب من هذا الشعور المؤلم بالخوف، وربما يكثر بعضهم من سلوك المخاطرة حتى يتجنب هذا الخوف الذي يؤدي إلى حالة مؤلمة من القلق، فما يخيف المقامر ويشعره بالقلق هو الخوف نفسه، أي أنه يقلق من الخوف، فيتخذ من المقامرة ميكانيزم دفاع ضد القلق وضد كل ما يؤذي ذاته، كأن المقامرة دفاع بالقلق ضد القلق!





9

إدمان المقامرة:

هل المقامرة إدمان؟

إن المقـامرة تعلم وإدمـان، ففـي البـداية تبـدو المقـامـرة مسـألة تعلم أكثـر منهـا مسـألـة إدمـان، ويشـتـرك جـمـيـع المقـامـرين في ذلك، إذ إنهم يتعلمـون من الآخـرين تأثيـرات المقـامـرة قـبل أن يشعـروا بهـا في ذواتهم، ومـا يسـاعـد على عمليـة التعلم هذه، هـو رغبـة الفـرد في أن يجـرب شـيئـا جـديدا قـد يمثل بالنسـبـة إليـه مـعـاني كـثيـرة، ويحقق له مكاسب أكثر.

وإذا استعـرضنا النظرية العامة للإدمان عند «جاكوب»، سنجد أنها تنطبق تماما على المقامرة المرضية، مما يدل على أن المقامرة إدمان. فيرى جاكوب أن الإدمـان حـالة من السلوك المعـتـمـد يحاول من خلالها الفرد أن يعالج ذاته ويصل إلى درجة من الراحة الفسيولوجية، أو ما يعرف لديه باستـراتيجيـة المعالجة الذاتية self-medicating strategy، فـمن خـلال الإدمـان يحـاول الفـرد الابتعـاد عن المشكلات النفسية والاجتماعية التي تسبب له ضغوطا كثيـرة، مثل الشعـور بالنقص وعدم القبول، فيحدد لنفسه أنماطا من سلوك

﴿إنما الخـمـر والميـسـر والأنصاب والأزلام رجس من عـمـل الشـيطـان فـاجـتنبـوه لعلكم تفلحون﴾

سورة المائدة، الآية (٩٠)



الإدمان يختارها بنفسه بتأن وروية، بهدف الدخول في حالة من التفكك الكامل التي تساعده على إشباع رغباته وتحقيق أهدافه الوهمية، من دون الاهتمام بأي شيء. لذا يرى الفرد أن الإدمان هو أفضل الحلول للضغوط التي يعانيها والمشكلات المزمنة غير القابلة للحل.

وإذا كان المدمن يعتمد على مخدر ما ليصل إلى حالة من التفكك الكامل، فإن المقامر المرضي أيضا يعتمد على الرهان والمخاطرة ليصل إلى تلك الحالة من التفكك، التي تحقق له معالجة ذاتية بالابتعاد عن أعباء الحياة ومشكلاته الشخصية، والابتعاد عن الاضطرابات المزاجية التي من أهمها الشعور بالاكتئاب.

ويرى جاكوب أننا عندما نستخدم المقامرة المرضية على أنها إدمان فسنجد عاملين أساسين هما:

١- المقامرة المرضية حالة شاذة مرضية من الإثارة الفسيولوجية.

٢- يعاني المقامر المرضي خبرات طفولية صعبة، أهمها الإحساس بالرفض والشعور بالنقص والدونية.

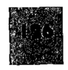
ويرى جاكوب أن الفرد قد يدمن عقارا بعينه أو مخدرا ما، أو يدمن المقامرة لما يراه من فوائد هذا الإدمان. ويتوقف الاختيار النوعي للإدمان على مقدار الثقة في المنفعة التي يحصل عليها الفرد من الاعتماد على موضوع الإدمان. فالإدمان يأخذ صاحبه، بصورة مؤقتة، بعيدا عن الواقع، ويحول انتباهه بعيدا عن حالة الإثارة المزمنة التي يعانيها، والمقامر إذ يرغب في الإثارة التي تحدثها المقامرة، فذلك لرغبته في الابتعاد عن الإثارة التي تجلبها ضغوط الحياة والمشكلات غير القابلة للحل.

والفرد عندما يدمن المقامرة، فذلك لأن درجة الإدمان تقلل من نقد الفرد لذاته، من خلال تغييب الشعور والإفراط في أحلام اليقظة. ويرى جاكوب أن الفرد عندما يدمن المقامرة يمر بثلاث مراحل هي:

١- مرحلة الاكتشاف discovery، وهي المرحلة التي يتعلم فيها الفرد كيف يكون مقامرا.

٢- مرحلة التغيير change، حيث يرى الفرد أنه لابد من إيجاد البدائل لتغيير نمط وأسلوب حياته، فيقع اختيار الفرد على سلوك المقامرة.

٣- مرحلة الاستنزاف Exhaustion، وهي المرحلة التي تدمر فيها المقامرة حياة المقامر الأسرية والشخصية والمهنية.



ويرى جاكوب أن ما بين مرحلتي الاكتشاف والاستنزاف تتغير شخصية الفرد تغيرا كاملا، فتتعدل الاتجاهات وتستبدل القيم، ويصبح كل شيء قابلا للرهان.

وإذا استعرضنا وجهة نظر «روتر» في الإدمان، سنجد أن المقامرة تتطابق إلى درجة كبيرة مع الإدمان، وكل أنواع التعاطي (مهبطات، منشطات، عقاقير هلوسة) تعمل بمنزلة «مثيرات»، وتعاطي الفرد لها يمثل «الاستجابة»، وغالبا ما تكون هذه الاستجابة مصحوبة بنشوة تساعد صاحبها على تدعيم هذا السلوك، فتدفعه بصفة دائمة مستمرة إلى هذا السلوك، حتى يصل إلى الدرجة التي لا يستطيع فيها العيش من دونه، فيصبح معتمدا تمام الاعتماد على هذا السلوك، لذا نقول عن الإدمان «السلوك الاعتمادي» أو الاعتماد النفسي psychic dependence، وربما يكون هذا الاعتماد النفسي هو السبب في القلق والخوف اللذين يعتريان المدمن عندما لا تتاح له الفرصة للتعاطي، أو في اللحظة التي يفكر فيها في الامتناع عن الإدمان.

وطبقا لوجهة نظر روتر في الإدمان، نجد أن المقامرة المرضية تتطابق مع الإدمان إلى درجة كبيرة، فالمقامرة المرضية تمثل بالنسبة إلى المقامر «المثير»، واللعب والرهان يمثلان له «الاستجابة»، وهي استجابة غالبا ما تكون مصحوبة بالنشوة والمتعة والإثارة ولذة الانتصار على الخصم والإحساس بالتفوق والإنجاز، وكلها أمور لها من القوة والجاذبية ما يدعم سلوك المقامرة لدى الفرد.

وعندما تصل المقامرة إلى درجة مرضية يصبح من الصعب الامتناع عنها تماما، كما يصبح من الصعب الامتناع عن الإدمان عندما يتمكن من الفرد، لذلك أشار الدليل الإحصائي الثالث للمقامرة المرضية إلى أن المقامر المرضي يشعر بالقلق والتوتر لمجرد التفكير في التوقف عن المقامرة، فهذا التوقف يحرمه من لذة الإثارة والتشويق المتضمنة في المقامرة.

وإذا كان الإدمان يجعل الفرد بعيدا عن عالم الواقع وما فيه من آلام وأحزان، فإن سلوك المقامرة يوفر الظروف نفسها، حيث يجعل الفرد بعيدا كل البعد عن عالم الواقع ويعفيه تماما من التفكير في مسؤولياته، ويحميه أيضا من عناء المواجهة مع ضغوط الحياة، ومثل هذا الشعور يعمل بمنزلة «التدعيم الموجب» الذي يدفعه دائما إلى سلوك المقامرة (التدعيم السالب).

من هنا تصبح المقامرة نوعا من أنواع التعلم الخطأ، أو أنها توافق سلبي، مثلها كالذي تفادى حادث مرور باختراق وكسر إشارة المرور. فالمقامرة المرضية تماما كالمهدئات بالنسبة إلى المدمن، تقلل من تأثير الضغوط التي يتعرض لها الفرد، وربما يتضح ذلك في أن المقامر إذا خسر كل ما يملك ولم يعد قادرا على ممارسة المقامرة؛ فإنه يتلذذ بمشاهدة الآخرين في أثناء ممارستهم للمقامرة، فينفعل لانفعالاتهم، ويفرح لفرحهم تماما كما لو كان هو الذي يمارس المقامرة، وفي ذلك تخفيف لمشاعر الضغط والتوتر التي يشعر بها.

إن المقامرة شأنها شأن الإدمان، كلما كثر الاندماج فيها أدى ذلك إلى تغيير الشخصية، فالمقامرة والإدمان لهما من القدرة ما يستطيعان بها أن يغيرا كثيرا من سمات الشخصية لدى الفرد، حتى أن الفرد العادي قد يكون بمقدوره للوهلة الأولى، عندما يتحدث مع مقامر أو مدمن، أن يتعرف على هويته.

وأوضحت الدراسات العديدة التي أجريت على السمات الشخصية لدى المقامرين والمدمنين أن لهم بعض السمات الشخصية المشتركة، أهمها السلوك المضاد للمجتمع، وعدم القدرة على الكف السلوكي للأفعال الضارة، وربما تصبح هذه السمات، فيما بعد، المحددات الأساسية لسلوك المقامرة أو الإدمان، بمعنى أن السبب قد يصبح نتيجة والنتيجة تصبح سببا، فبعد أن تؤدي المقامرة إلى السلوك المضاد للمجتمع وعدم القدرة على الكف السلوكي، تؤدي هذه السلوكيات نفسها إلى تدعيم المقامرة أو الإدمان من جديد، وهو ما يعرف بمفهوم «الحلقة المفرغة».

وإذا كنا نقول إن المقامرة إدمان، مثلها كالمهدئات أو المنشطات، فإن هناك دراسات ترى أن المقامرة تؤدي إلى الإدمان، فنسبة إدمان المخدرات بين المقامرين المرضيين تتراوح ما بين ٢٥ : ٦٣٪، وتشير بعض الدراسات الأخرى إلى أن النسبة تتراوح ما بين ٩ : ٣٠٪، وتوضح هذه الدراسات أن كثرة تناول المواد المخدرة ترتبط بالإفراط في سلوك المقامرة، وأن المقامر المدمن على المخدرات أو الكحوليات يسرف في التعاطي نتيجة لما يتعرض له من مشكلات المقامرة، فاللحظة التي يدمن فيها المقامر هي اللحظة التي يتعرض فيها لمشكلات المقامرة.

ويرى كثير من العلماء أن المقامرة المرضية ربما يكون لها أساس بيوكيميائي تماما كالإدمان، هو المسؤول عن الإفراط في اللعب والرهان، لذا يرى بعض العلماء أننا إذا أردنا أن نشير إلى المقامرة بوصفها حالة من حالات الإدمان، فيجب أن نتناولها من خلال عاملين أساسيين هما:

١ـ العوامل السلوكية

٢ـ العوامل النفس فسيولوجية

ونظرا إلى أن كثيرا من العلماء يعتبرون المقامرة أحد أنواع الإدمان، فإنهم يعتقدون أيضا أن كل ما ينطبق على الإدمان ينطبق بدوره على المقامرة، ويميل أصحاب هذا الاتجاه إلى أن الإدمان أو الميل إلى الإدمان يجري توارثه، وينتقل من جيل إلى آخر في الأسرة الواحدة، وهو ما يؤكد الدور الذي تلعبه العوامل البيولوجية والجينات في تحديد سلوكيات الإدمان والمقامرة على حد سواء.

إن إدمان المقامرة هو حالة من التكرار القهري والانشغال الشديد باللعب والرهان، إلى جانب العجز أو رفض الانقطاع عن هذا السلوك، أو حتى مجرد تعديله، ما يجعل حياة المقامر كلها تحت سيطرة المقامرة لدرجة تصل إلى استبعاد كل الأنشطة الأخرى التي تحول دون اللعب، ناهيك عن الإفراط الدائم المستمر في سلوك المقامرة، وهو ما يسمى في نظريات الإدمان بالتحمل Tolerance.

وإدمان المقامرة ليس مجرد حالة من الاعتياد على سلوك معين، إنما هو حالة قهرية تؤثر بالسلب في جميع جوانب الشخصية، ويحصل من خلالها المقامر على آثار نفسية معينة، تشمل الاستثارة والمتعة وتجنب المتاعب والإحساس الوهمي بالرضا.

ويؤمن أصحاب الاتجاه الفسيولوجي للمقامرة المرضية بأنها حالة من حالات الإدمان عندما تكون ممارستها بشكل دوري منتظم، وليست على فترات متقطعة، فما يثير المقامرة هو الإيقاع الداخلي السيكوفسيولوجي وليس الظروف الخارجية الاجتماعية، وهو ما يعرف بالمقامرة المنتظمة Regular gambling، أما إذا كانت المقامرة تحدث كلما حانت المناسبات الاجتماعية أو الظروف الشخصية التي تدعو إلى ذلك، فإنها لا تصبح إدمانا وإنما هي مقامرة اجتماعية Social gambling أو مقامرة بالمصادفة occasional gambling، كذلك تنطبق الحال على المقامرة التجريبية

Experimental gambling، فهي أيضا ليست إدمانا، وإنما هي حالة يمارس فيها الفرد المقامرة بهدف التعرف عليها واستكشافها، حتى يتخذ قرارا بشأنها، سواء بالاستمرار فيها أو الابتعاد عنها.

بناء على ذلك، لا تصبح المقامرة إدمانا إلا إذا كانت تتصف بعناصر الدوام والصيرورة والانتظام، وهي عناصر تتميز بها الظواهر ذات الطابع الفسيولوجي. لكن يجب أن نشير إلى أن النظرة الفسيولوجية إلى المقامرة بوصفها إدمانا، نظرة مبالغ فيها، فهناك كثير من السلوكيات غير الفسيولوجية لها صفة الدوام والصيرورة والانتظام، كما أنه ليس من الضروري أن يتصف الفعل بالإدمان عندما يحتوي على عناصر فسيولوجية، فالإدمان هو فعل قهري يدفع صاحبه إلى سلوك معين، أيا كان هذا السلوك، فسيولوجيًا أو اجتماعيًا.

إدمان المقامرة... والدين

يقول تعالى في محكم تنزيله في سورة المائدة، الآيتين (٩٠ و٩١): ﴿يا أيها الذين آمنوا إنما الخمر والميسر والأنصاب والأزلام رجس من عمل الشيطان فاجتنبوه لعلكم تفلحون (٩٠) إنما يريد الشيطان أن يوقع بينكم العداوة والبغضاء في الخمر والميسر ويصدكم عن ذكر الله وعن الصلاة فهل أنتم منتهون (٩١)﴾.

وعن بريدة بن الحصيب الأسلمي قال: قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: «من لعب بالنرد شير فكأنما صبغ يده في لحم خنزير ودمه». وفي حديث آخر يقول رسول الله صلى الله عليه وسلم: «من لعب بالنرد فقد عصى الله ورسوله».

ويلاحظ من خلال هاتين الآيتين الكريمتين والحديثين النبويين الشريفين أن المقامرة دائما ما تقترن بالخمر، وإن ما يصدق على الخمر يصدق بالتالي على المقامرة، وطبقا لهذا القياس يمكن لنا أن نقول إن المقامرة هي نوع من أنواع الإدمان، وما يؤكد وجهة النظر هذه أن تحريم الميسر والمقامرة كان تحريما تدريجيا، بجانب أنه لم يكن مع بداية الدعوة الإسلامية، وإنما كان من آخر المحرمات في الإسلام.

ونلاحظ هذا التدرج في التحريم في الآيات: (٢١٩) من سورة البقرة ﴿يسألونك عن الخمر والميسر قل فيهما إثم كبير ومنافع للناس وإثمهما أكبر من نفعهما..﴾، فلما نزلت هذه الآية تركها بعض الناس وقالوا: نأخذ



منفعتهما ونترك إثمهما، فنزلت الآية (٤٣) من سورة النساء: ﴿يا أيها الذين آمنوا لاتقربوا الصلاة وأنتم سكارى..﴾، فتركها بعض الناس وقالوا: لاحاجة لنا فيما يشغلنا عن الصلاة، وشربها بعض الناس في غير أوقات الصلاة، حتى نزلت الآية (٩٠) من سورة المائدة: ﴿يا أيها الذين آمنوا إنما الخمر والميسر والأنصاب والأزلام رجس من عمل الشيطان فاجتنبوه لعلكم تفلحون..﴾، فصارت حراما.

ويدل التدرج في تحريم الخمر والميسر واقترانهما، أحدهما بالآخر، على أن كليهما إدمان، وأن الله عز وجل قد عالج هذا الإدمان للمقامرة وللخمر من خلال هذا التدرج، تماما كما نفعل نحن البشر في علاج بعض حالات الإدمان، حيث لا يتم العلاج بالامتناع المباشر عن المخدر المسبب للإدمان، وإنما يتم بإعطاء المريض جرعات قليلة شيئا فشيئا حتى يتحقق الشفاء في النهاية، وهو ما حدث بالفعل من خلال آيات الله سبحانه وتعالى.

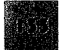


10 العلاج النفسي للمقامرة المرضية

«إن المقامرة لا عقل لها..
لكنها تقضي على كل العقول»
المؤلف

مقدمة

عندما يصبح الفرد مقامرا، فهذا جنون. أما أن يكون مقامرا مرضيا، فهذا منتهى الجنون، جنون يدمر ذات الفرد وأفكاره، لتصبح الحياة بعد ذلك مجرد ثلاثة أحداث : يولد، ويعيش، ويقامر أو يقامر ليعيش! مما تضطرب معه أفكار الفرد ومعتقداته فيرى أن المقامرة ليست مرضا أو مشكلة وإنما هي علاج وحل لكل مشكلة، ووسيلة للهروب من الذات والقضاء على الآلام. ومثل هذه المعتقدات تجعل من علاج المقامرة أمرا صعبا للغاية من خلال الدراسة النظرية والعملية للبحث عن الحقيقة والمعرفة، والتمييز بين الصواب والخطأ، وفض الاشتباك بين المتناقضات الكثيرة لدى المقامر، ففي أثناء العلاج للمقامر، يجد المعالج نفسه أمام كيان ليس له مبادئ، فهو إما فوق المبادئ وإما تحتها! وكل ما يراه مظلم، وكل ما يفكر فيه وهم، وهو لا يفكر بعقله، لذا من الصعب أن يجد نفسه مخطئا، وهو إذ يفكر بعقله، فإنه يتصرف



بجنون، وإذا أدرك أن المقامرة تدمر حواسه الخمس، ادعى أن لديه الحاسة السادسة. وإذا رأى أنها انتحار، فإنه يلعنها، لكنه لا يستطيع أن يبتعد عنها، إذ ليس هناك طريقة للانتحار أفضل منها!

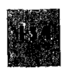
وإذا كانت المقامرة مرضا شديد القسوة، فإن العلاج أشد منه قسوة، إذ يعاني المقامر من اللعب، ويعاني أكثر من الامتناع عن اللعب، لذا يقال: «إن المقامر إذا حضر المقامرة تعب وإذا غاب عنها ندم» وهذا ما يجعل بعض المقامرين يرون أن الحاجة إلى العلاج هي بمنزلة «احتياج يائس»، ففي نظرهم لا جدوى من العلاج وأن أفضل طريقة لسعادة المقامر، أن يستمر في اللعب... ولا يفكر في الخسارة.

وعندما يصبح الأمر كذلك يصعب العلاج، لأن المقامرة لا تموت بالعلاج، وإنما بالرغبة في العلاج والأمل في الشفاء، ويبدو العلاج صعبا في المجتمعات العربية، لأن هذه المجتمعات تنظر إلى المقامر على أنه «مجرم» ويجب عقابه، وليس «مريضا» يطلب العلاج، مما جعل ظاهرة المقامرة تعمل في الخفاء وتزداد مرضا على مرض... في الخفاء أيضا.

وعلى العكس من ذلك تنظر المجتمعات الغربية إلى المقامر على أنه «مريض» يجب علاجه وليس «مجرما» يجب عقابه، وهذا الذي جعلها تسارع إلى عمل مزيد من الأبحاث والدراسات العلمية وتصميم البرامج العلاجية للمقامرين، بل إنشاء المؤسسات والمستشفيات العلاجية الخاصة بالمقامرة المرضية فقط، وذلك مثل مؤسسة «المقامر المجهول» Gambler Anonymous في الولايات المتحدة الأمريكية، التي أنشئت العام ١٩٨٠، وتعتبر من أهم المؤسسات العلاجية للمقامرة في العالم، فقبل العام ١٩٨٠ كانت هناك الكثير من المؤسسات العلاجية التي كانت تستخدم برامج علاجية لا تساعد على العلاج أو تعديل سلوك المقامر. ولكن مع ظهور مؤسسة «المقامر المجهول» أصبح العلاج النفسي للمقامر فعالا ومفيدا، وذلك لاستخدام برامج وأساليب علاجية متنوعة أهمها العلاج الجماعي والسلوكي.

الطرق العلاجية المختلفة للمقامرة المرضية

هناك العديد من البرامج والطرق العلاجية للمقامرة المرضية مثل العلاج الجماعي والعلاج التحليلي السيكودينامي، والعلاج السلوكي، والعلاج المعرفي، والعلاج الدوائي والمساعدة الذاتية، والعلاج التلقائي.



وبعض الطرق العلاجية تتناول أنواعا متعددة من العلاج في وقت واحد، إلا أن أكثر الطرق العلاجية شيوعا، العلاج السلوكي أو المعرفي والعلاج بالتحليل والعلاج الجماعي.

العلاج التحليلي السيكوديناكي Psychodynamic Therapy

خلال النصف الأول من القرن العشرين، قدم التحليل النفسي أول محاولة علمية منظمة لعلاج المقامرة المرضية، وانطلق هذا العلاج من قاعدة أساسية مؤداها: أن لكل شيء معنى ووظيفة، حتى أن أكثر السلوكيات تدميرا للذات لها معنى، ووظيفتها الدفاع عن الفرد لإعادة توازنه وتوافقه المفقودين. ومن خلال ذلك أوضحت النظرية التحليلية أن المقامرة المرضية عرض أو تعبير عن ظروف نفسية كامنة يجب على المعالج أن يكشف النقاب عنها، وأن يدرك أن بعض المقامرين لا يرغبون في فهم لماذا يقامرون، حتى لا يتوقفوا عن المقامرة.

ويشير العلاج التحليلي إلى أن توقف المقامر عن سلوك المقامرة قد يجعله أكثر اكتئابا، مما يدفعه إلى تبني سلوكيات أخرى يدمر بها ذاته، لذلك لابد أن ينصب العلاج على الدوافع اللاشعورية الكامنة وأن يساعد المقامر المرضي على فهم هذه الدوافع حتى يتسنى للمعالج إزالة الأعراض المرضية لدى المقامر.

ويرى كثير من الإكلينيكيين أن العلاج التحليلي فعال ومفيد لكثير من الاضطرابات المرضية، خاصة تلك التي تتصل بالطابع النرجسي والمازوخي للمقامرين. والتي ينظر إليها المقامر على أنها نوع من الإثارة، لذا نجد فرويد يحدد قاعدة أساسية للمقامرة: «لا يقامر المقامر من أجل المال وإنما من أجل الإثارة».

ويحاول العلاج التحليلي أن يعيد بناء الأنا لدى المقامر من جديد، من خلال القضاء على التخيلات النرجسية والاستقلالية الكاذبة Pseudo - independence ومواجهة مشاعر النقص والدونية، كما يحاول العلاج أيضا أن يضمد جراح الأنا وصراعات الطفولة، خاصة ما يتصل بالموقف الأوديبي، وعلى الرغم من أن البعض يشكك في فاعلية ونجاح العلاج بالتحليل النفسي للمقامرة المرضية، نظرا إلى صعوبة العلاج وذاتيته وطول فترته

الزمنية، على الرغم من ذلك نجد البعض الآخر أمثال «ديكرسون» يشير إلى أن خير ما يمكن أن نقدمه لعلاج المقامر هو أن نتناوله من خلال التحليل النفسي. وما يشير إلى فاعلية العلاج بالتحليل النفسي للمقامرة المرضية، أن معظم الذين استخدموه كانت نتائجهم العلاجية إيجابية وذلك أمثال «بيرغلر» الذي عالج حالات كثيرة بالتحليل النفسي، بل حدد أيضا العوامل التي ترتبط بنجاح وفشل العلاج بالتحليل النفسي.

ويقوم العلاج بالتحليل النفسي على فنيتين أساسيتين هما:

١- الطرح Transference

٢- المقاومة Resistance

والطرح هو الاسم الحركي الذي نطلقه على الموقف الذي يرى فيه المريض المعالج على أنه شيء مهم في حياته، فيسمح لنفسه بممارسة الأساليب العصابية والضغوط الانفعالية ضده، تماما كما لو كان المعالج في منزلة والديه، وفي أثناء هذا التفاعل يدرك المعالج مواطن الضعف والقوة في شخصية المريض، كما أن المريض يبدأ في الاستبصار بذاته، لذا يعتبر الطرح أهم عنصر في الموقف العلاجي؛ ذلك لأن الآخر متضمن في الأنا بوصفه نموذجا أو موضوعا أو نصيرا أو خصما، لكن المريض لا يرى في صورة المعالج النصير والمكافئ له على ما يبذل من جهد، وإنما يرى فيه عودا أو نسخا لشخص مهم بعث من عهد الطفولة أو الماضي، ومن ثم يحول إليه المريض كل المشاعر والاستجابات التي كانت تنصب على هذا المثال. ويحدث ذلك لأن الشحنات الانفعالية لليبدو Libido، ليس لديها إشباعات ملائمة، لذا تتحول من الفرد إلى المعالج.

وكأن الطرح بهذا المعنى هو نسخة جديدة من علاقات الماضي يتذكرها المريض ويعيشها مع المعالج بما يتناسب مع ملابسات الموقف التحليلي، مع فارق بسيط هو أن المعالج يحل محل الشخص الذي كانت تربطه به هذه الذكريات أو العواطف، وهو في الغالب الأب أو الأم. والمعالج هنا ليس أما فحسب، أو أبا فحسب، بل هو معين وسند متعدد الأوجه، ومدد نرجسي، وإشباع مطمئن بلا عقاب، وتشجيع حاد يساعد على تقبل الآخر بوصفه معينا على استقامة المتخيل والتعرف على العلية في دروب الصعب.

وبفضل العلاقة الطرحية يمكن للعلاج النفسي أن يحدث، إذ إن الطرح هو جوهر العملية العلاجية التي من خلالها يمكن تصحيح الخبرة الانفعالية والتصورات السلبية تجاه الآخرين بالتدريج، ويجب أن نذكر هنا أن الطرح لا يعبر عن علاقة أنا ـ آخر، بل بين لا شعور ولا شعور، فهي ليست علاقة بين شخصين، بل بين أربعة فتصور الأنا إنما هي صورة الجسم التي لا يمكن إدراكها بغير تصور تعكسه المرآة ورؤية الآخرين أمثاله لينتقل من العجز إلى التخطي ومن التجزيء إلى الاكتمال.

وتبدو أهمية الطرح في العملية العلاجية من حيث إنه يساعد على أن تنبعث الصراعات المبكرة لدى المريض بحيث تؤثر في مشاعره واتجاهاته نحو معالجه الذي يحاول من جانبه حل عصاب الطرح الذي يعيق العملية العلاجية، ونجاح المعالج في ذلك يعني فتح الطريق أمام المريض لكي يواجه معاناته الداخلية بطريقة مباشرة، بقدر ما يرى دفاعاته المرضية بوضوح مما يزيد من إمكان ظهور استجابات أكثر واقعية. وإذا كان الطرح يشير إلى صراعات وجدانية غير محلولة فإنه يقوم بردود أفعال واقعية لاستجابة المريض، مما يشير إلى ضرورة ملاحظة المشاعر وبخاصة المكبوتة، فذلك يساعد العملية العلاجية بصفة عامة، والعلاج الجماعي بصفة خاصة.

وفي العملية الطرحية يقوم المعالج بفحص أفعال مرضاه والصراعات الكامنة داخل الجماعة العلاجية، ويعمل على تشجيع مرضاه في اكتشاف حقيقة واقعهم حتى يكونوا أكثر إيجابية، ويتوقف ذلك على قدرات المعالج ومهاراته، ومعرفته بطبيعة المشكلات التي يعانيها أعضاء الجماعة العلاجية. وذلك لأن المشاكل التي يعانيها المريض والجماعة العلاجية قد تؤدي إلى مشاعر سلبية ومقاومة المريض، مما يقف حائلا أمام العلاج.

وهكذا يتضح لنا أن الطرح قضية لا يمكن تجنبها في الموقف العلاجي، ويستغلها كل من المريض والمعالج، حيث يقوم المريض من خلاله بإقامة كل العقبات التي تجعل المادة غير متاحة للعلاج، ويحاول المعالج من خلاله أن يفض الصراعات ويقضي على مقاومة المريض.

أما المقاومة Resistance فهي تشير إلى المشاعر السلبية التي تحدث بين المريض والمعالج في أثناء التفاعل بينهما، فعندما يحاول المعالج أن يقضي على الطقوس العصابية neurotic rituals للمريض، تظهر الاتجاهات السلبية من المريض تجاه المعالج، وذلك لأن المريض يعتبر هذه الطقوس أساسا للثبات النفسي لديه، مما يجعله يقاوم بشدة كل ما يقوم به المعالج من كلمات ومناقشات ونصح وإرشاد.

فالمريض كلما اقترب من إحدى الذكريات التي يمكن أن تكشفه لو صرح بها، أو التي يمكن أن يتعرف من خلالها المعالج على أفكاره الحقيقية واتجاهاته لو أعلنها، فإنه يقاوم تذكرها ويمتنع عن الاسترسال فيها، والسبب أنه يخشى هذه الأفكار والرغبات والخبرات المكبوتة، لأن قلقه يتجدد بها ثم يحاول أن يستمر نسيانه لها وتتخذ المقاومة أشكالا مختلفة، بعضها يكون مريحا والبعض الآخر يكون مخفيا بلباقة، كأن يرفض المريض التعاون أو يلزم الصمت أو لا يحضر في ميعاد الجلسة، أو ربما يثور بدون سبب أو يتحدث في أشياء تافهة أو يحكي عن أحلام كثيرة متشابكة. وإذا استطاع المعالج أن يكسر مقاومة المريض لاستحضار الذكريات المكبوتة، فإنه قد يستطيع من جديد أن يعايش تجاربه الصادمة.

وإذا كان العلاج السيكودينامي للمقامرة المرضية يتخذ من الطرح نقطة البداية للعلاج، فذلك بهدف الكشف عن الأسباب الحقيقية للمقامرة من خلال الأفكار والدوافع اللاشعورية، ونظرا إلى أن كثيرا من دوافع المقامرة تكون لاشعورية، فإن المقامر لا يتفق والمعالج النفسي في كثير من الآراء التي يحاول المعالج أن يجعل المريض مستبصرا بها، فالاستبصار بالنسبة إلى المقامر المرضي يمثل الجانب الأكبر من العلاج، ففي اللحظة التي يدرك فيها المقامر دوافعه وأفكاره اللاشعورية وسلوكياته العصابية، تصبح هذه الدوافع والسلوكيات غير ذات معنى بالنسبة إليه، مما يجعله في حاجة إلى الهروب من دوافعه العصابية وتكوين واجبات جديدة أكثر ملاءمة وإيجابية تسمح له بالتفاعل السليم مع العالم المحيط به.



العلاج السلوكي للمقامرة المرضية Behavioral therapy

بينما ينظر العلاج السيكوديناميكي التحليلي إلى المقامرة المرضية على أنها إحدى خصائص الشخصية العصابية، نجد العلاج السلوكي Behavioral therapy ينظر إلى المقامرة المرضية على أنها سلوك متعلّم يمكن القضاء عليه من خلال البيئة المحيطة بالمقامر، وتعديل سلوكياته عن طريق الاشتراط الكلاسيكي Classical Conditioning، ويجري ذلك بأساليب علاجية متنوعة تشمل : العلاج بالنفور Aversion therapy والعلاج بالمعنى Logo therapy والعلاج بالتنويم Hypo therapy، والتدعيم المتبادل Mutual support.

ويشير العلاج بالنفور Aversion therapy إلى عملية تكوين استجابات سلبية للسلوك غير المرغوب فيه، وذلك من خلال توضيح السلبيات والمخاطر التي يتعرض لها الفرد من جراء المقامرة، ومحاولة إقناعه أن كل ما يتعرض له من مصائب هو في النهاية بسبب المقامرة.

وقد يستخدم البعض الصدمات الكهربية لذلك، ففي اللحظة التي يبدي فيها المقامر رغبته في ممارسة المقامرة يعرَّض لجلسة كهربية، ويجري ذلك لأكثر من مرة حتى يقترن سلوك المقامرة بالجلسة الكهربية، وبناء على ذلك تتكون لدى المقامر اتجاهات سلبية نحو المقامرة.

فالاستجابة التي يتلوها شعور بالألم تضعف وتختفي، ومن خلال هذا الألم يمكن تعديل السلوك الشاذ المريض وتغييره، لكن الألم الذي يتعرض له المقامر في أثناء الخسارة لا يكفي لتعديل سلوك المقامر بل يؤدي إلى الإفراط في المقامرة بحثا عن التعويض. فالألم النفسي قد يعمل على النفور من أي نشاط شاذ مريض، باستثناء المقامرة المرضية، لذا قد يكون من المفيد استخدام بعض أساليب التغيير المادية، مثل الصدمات الكهربائية في اللحظة التي يرغب فيها المقامر في اللعب، أو نقوم بإعطائه بعض العقاقير والأدوية التي تثير الغثيان والشعور بالضيق مثل الأبومورفين apomorphine.

وهناك بعض الطرق العلاجية الأخرى مثل أسلوب الضبط الذاتي self control ويعتمد هذا الأسلوب في علاج سلوك المقامرة على ثلاثة عوامل:

١ـ ملاحظة الذات self observation

٢ـ تخطيط البيئة Environment Planning

٣ـ تخطيط السلوك behaviour Planning

وفيما يتصل بملاحظة الذات، يجب أن نحدد الشروط والطرق التي يظهر فيها سلوك المقامرة، فهناك شروط عامة لدى جميع المقامرين المرضيين، وشروط خاصة بكل مقامر يبدو فيها كوحدة فريدة من نوعها، أما الشروط العامة فتبدو في الرغبة في الفوز بثروة كبيرة، والرغبة في الإثارة وتفعيل سلوك المخاطرة والهروب من الضغوط الحياتية والاكتئاب، وعلى المعالج أن يسجل جميع السلوكيات الخاصة بالمقامر قبل وبعد وفي أثناء المقامرة، حتى يضع يده على أهم العوامل والسلوكيات التي تثير سلوك المقامرة المرضية.

وفيما يتعلق بتخطيط البيئة، فهو أن يتحكم المعالج ـ قدر استطاعته ـ في البيئة الخارجية المساعدة على سلوك المقامرة، بتجنب المنبهات والمؤثرات التي تؤدي إلى سلوك المقامرة، وذلك بالاندماج في أنشطة أخرى لها الدرجة نفسها، التي توفرها المقامرة، من الإثارة والتشويق.

وبالنسبة إلى تخطيط السلوك، يقوم المعالج بإقناع المقامر بقدرته على الامتناع عن المقامرة، بجانب عقابه في اللحظة التي يقبل فيها على هذا السلوك.

أما العلاج بالإشباع Gratification therapy، فتجري فيه ممارسة المقامرة بصورة مفرطة وحسب رغبة الفرد، دون الاندماج في أي أنشطة أخرى، فكثرة الممارسة تؤدي إلى نوع من الانطفاء للدوافع الثانوية، ونظرا إلى أن المقامرة المرضية ـ حسب النظرية السلوكية ـ من الدوافع الثانوية المتعلمة، فإنه يمكن علاجها عن طريق الإشباع الذي يؤدي إلى انطفاء الدافع وكفه.

ويشير العلاج بالإرشاد السلوكي إلى ثلاثة إرشادات أوضحها «ديكرسون»:

١ـ ضرورة ألا يقامر المقامر عندما تتاح له فرصة المقامرة.

٢ـ التوقف عن المقامرة في حالة الخسارة.

٣ـ البحث عن أنشطة بديلة للمقامرة.

العلاج بالمعنى logo therapy

يدور العلاج بالمعنى حول محور أساس حدده «فيكتور فرانكل» وهو إرادة المعنى will of meaning، فعندما يحدد الفرد لنفسه معنى لحياته ولوجوده، ويضع نصب عينيه هدفا يسعى إلى تحقيقه يدرك تماما الحياة التافهة المبتذلة التي يعيشها، وما يجب أن يحياه بالفعل.

وإذا كان العلاج بالمعنى يتطلب أن يجد الفرد لنفسه هدفا ودافعا مركزيا لحياته يسعى إلى تحقيقهما، فإن المعالج يصطدم مع المقامر المرضي، حيث يرى المقامر أن هذا الهدف وذلك الدافع هما المقامرة، لذا لابد من أن ندرك أن العلاج بصفة عامة، والعلاج بالمعنى بصفة خاصة، لا يتم بنجاح من دون أن تكون لدى المقامر الرغبة في العلاج، أما إذا فرض العلاج من دون إرادة المقامر، فسوف يفشل بكل تأكيد.

ويستخدم العلاج بالمعنى فنيتين أساسيتين هما :

١ـ القصد بالنقيض Paradoxical intention

٢ـ تحويل الانتباه de-reflection

وتشير الفنية الأولى (القصد بالنقيض) إلى ضرورة أن يبسط المقامر من الشعور بالذنب، وأن يهون على نفسه ذلك الضعف الذي يشعر به تجاه قهر المقامرة له وعدم قدرته على التخلي عنها، بالإضافة إلى التماسك قدر الإمكان عند التوقف عن المقامرة، فلا يبدو قلقا أو متوترا وإنما يتحمل ذلك بشيء من البساطة، وفي خضم ذلك يحاول المعالج أن يقلل من شأن كل مشكلة نفسية يتعرض لها بسبب المقامرة، بل ويسخر ويتهكم من هذه المشاكل وتلك الصعوبات التي يتعرض لها، وذلك تحت شعار مؤداه : «لابد من أن تتحول كل مشكلة إلى لعبة «turn each problem into play».

أما الفنية الثانية (تحويل الانتباه) فهي قائمة في الأساس على قاعدة مؤداها : «قلة الاهتمام تميت الاهتمام»، فيجب على المعالج ألا يهتم بالموضوعات ذات الشحنة الانفعالية الكبيرة لدى المقامر وأن يحول هذه الشحنة الانفعالية إلى موضوعات أخرى.

ويوضح العلاج بالمعنى للمقامرة المرضية بعض الإرشادات العامة التي يتخذ من خلالها المقامر «معنى» لبعض الأشياء الحياتية، والتي من خلالها تتكون بعض القيم والمبادئ التي قد تمنع الفرد عن المقامرة، وقد استخدمت هذه النظرية من قبل «فيكتور وكروغ» واعتمدوا فيها على الأفكار الفلسفية التي جاء بها «فرانكل» مؤسس العلاج بالمعنى.

ويشير العلاج بالتنويم إلى أن المقامرة المرضية يمكن علاجها من خلال الأساس الذي تقوم عليه والمتمثل في الإثارة، ويتحقق ذلك من خلال جلسات التنويم، وإذا كان التنويم ـ بصفة عامة ـ مقصورا على

بعض الأفراد الهستيريين، فإن «غريفس» من خلال تجاربه أوضح أن المقامر المرضي يسهل تنويمه عن طريق الاسترخاء وتثبيت العين في شيء واحد.

ويستخدم «كسترومیلت» العلاج السلوكي للمقامرة من خلال طريقة التدعيم المتبادل Mutual support التي تعتمد على تشجيع المقامر على تبني قيم أخلاقية، واتخاذ أفكار عقلانية بديلة للأفكار غير العقلانية.

وإذا كان العلاج السلوكي بأنواعه المتعددة يعتمد على الاشتراط الكلاسيكي وعمليات التعلم، فإن العلاج المعرفي للمقامرة المرضية يعمل على تعديل أنماط التفكير والمعتقدات الخاطئة، خاصة وهم القدرة على التحكم illusion of control، ووهم القدرة المطلقة omnipotence، وتصحيح أخطاء الإدراك، وتغيير الأفكار غير العقلانية Irrational Thinking، وإعادة البناء المعرفي Cognitive Restructuring بجانب البحث عن أنشطة بديلة والقضاء على دافعية المقامرة، ويحدد «توناتو» ما يجب أن يتناوله العلاج المعرفي للمقامرة المرضية، حيث لابد من التعامل مباشرة مع العوامل الأساسية لشخصية المقامر، والعمل على زيادة مهاراته في مقابل إزالة المهارات الخاصة بالمقامرة وتوضيح الأوهام الذاتية والفكر الخيالي المتمثل في وهم القدرة على التحكم، بالإضافة إلى تشجيع المقامر على تفسير الأمور من خلال وجهتي الضبط الداخلية والخارجية، والتخلي عن وهم القدرة المطلقة، فقد أشار «سيلزر» إلى أن وهم القدرة المطلقة يلعب دورا أساسيا في المقامرة المرضية، إذ إنه يشير إلى دخول المقامر في مرحلة المرض، وقد اتضح ذلك من خلال تطبيق نظرية العميل Theory of the Client.

ويهتم العلاج المعرفي cognitive therapy بوهم القدرة المطلقة أو ما يطلق عليه وهم القدرة على التحكم، فهذا النوع من العلاج يهتم بالأفكار والمعتقدات والمدركات الخاطئة، وفي ضوء ذلك يرى البعض أنه أفضل أنواع العلاج، نظرا إلى أن المرض - في اعتقادهم - فكرة خاطئة تتطلب التعديل.

ويرى «لادوسير وآخرون» أن هناك أربعة محاور أساسية للعلاج المعرفي للمقامرة المرضية تتمثل فيما يلي:

١ـ فهم العشوائية Understanding Randomness

التي يتعلم المقامر، من خلالها، أنه غير قادر على التحكم في مجريات المقامرة ونتائجها، وأن اللعبة تسير وفق الحظ والعشوائية والمصادفة.

٢ـ فهم المعتقدات الخاطئة للمقامرين Understanding the erroneous beliefs of gamblers

فتراكم المعتقدات الخاطئة لدى المقامر، والإدراك الخاطئ، والفهم المريض للعشوائية ـ من حيث إنها يمكن أن تكون لمصلحة المقامر ـ كل ذلك يجعل المقامرة مرضية، ودور العلاج هنا هو القضاء على المعتقدات من خلال عملية تدريبية تقوم على تنمية مهارات جديدة للمقامر.

٣ـ الوعي بالمدركات غير الدقيقة Awareness of inaccurate perceptions

حيث لابد أن يتعلم المقامر أن كثرة الفشل في المقامرة قد تؤثر في إدراكاته الصحيحة واتخاذ القرار لديه.

٤ـ التصحيح المعرفي للمدركات الخاطئة Cognitive Correction of erroneous perceptions

وفيه يقوم المعالج بتناول المدركات الخاطئة ويثبت للمقامر عدم جدواها وفشلها، ويرى «شارب وتارير» أن استمرار المقامر في سلوك المقامرة، إنما يرجع بالدرجة الأولى إلى بعض الأفكار القهرية مثل أن يقول : «هذا اليوم يومي... اليوم سوف أخسر وغدا سأعوض ذلك» وعلى الرغم من عدم التأكد من هذه الأفكار وثبات فشلها في أغلب الأحيان، فإن المقامر يتمسك بها لأنه لا توجد لديه وسيلة أخرى - فيما يعتقد - لحل الضغوط النفسية، لذا نجد المقامر، الذي اعتاد الخسارة، يتعلم كيف يواجهها وكيف يتوقعها، وذلك بأن ينمي فكرة أخرى لديه مؤداها : «أن الفوز لابد أن يكون حليفي في النهاية».

البرامج العلاجية للمقامرة المرضية

تهدف البرامج العلاجية للمقامرة المرضية إلى القضاء على الاضطرابات النفسية والسلوكية والاجتماعية والاقتصادية التي يعانيها المقامر، وعلى الرغم من كثرة هذه البرامج فإنها لم تقدم برنامجا واحدا يصلح لعلاج كل



حالات المقامرة المرضية، وذلك لأن ما يحدد طبيعة البرنامج المستخدم للعلاج هو الطبيعة الإكلينيكية والديناميات النفسية للمقامر وبعض العوامل الشخصية الذاتية له، وتشمل البرامج العلاجية الشاملة للمقامرة المرضية ثلاث مراحل أساسية هي:

١ـ الوقاية والتدخل المباشر.

٢ـ المتابعة وإعادة التأهيل.

٣ـ عدم الانتكاسة.

وقبل تطبيق البرنامج العلاجي، يجب أن يحدد المعالج بعض العمليات الأساسية:

١ـ تجميع البيانات الديموغرافية والخصائص الإكلينيكية عن المقامر.

٢ـ قياس مدى فاعلية البرنامج العلاجي.

٣ـ قياس مدى رضى المقامر عن العلاج بعامة والأسلوب العلاجي المستخدم بصفة خاصة.

٤ـ تحديد العوامل التي تتنبأ بقدرة المقامر على تكملة العلاج.

وفي عام ١٩٨٢ قدمت مؤسسة كاليفورنيا للمقامرة المشكل (CCPG) أول برنامج علاجي منظم للمقامرة المرضية، يهدف إلى مساعدة المقامر على التوقف عن المقامرة، والعمل على توجيهه وإرشاده، ويوصي هذا البرنامج بضرورة عمل العلاج الجماعي والفردي للمقامرة المرضية، حسب طبيعة الحالة. ويحدد هذا البرنامج الخطوات العلاجية فيما يلي:

١ـ إيجاد الأمل.

٢ـ الحد من الضغوط المالية.

٣ـ تنمية الشعور بتقدير الذات.

٤ـ معالجة الشعور بالذنب والخجل والندم.

٥ ـ التوقف عن المقامرة.

٦ـ التوافق مع الرغبات والدوافع التي تساعد على المقامرة.

٧ـ تنمية علاقات اجتماعية جديدة وإيجابية.

٨ ـ القضاء على مشكلات الحياة اليومية.

٩ـ إعادة الثقة بالذات.

١٠ـ تنمية عادات ومهارات جديدة.

١١ـ الابتعاد عن التفكير الخيالي وتنمية التفكير المنطقي.

وقد وضع «شارب وتارير» نموذجا علاجيا للمقامرة المرضية يعتمد العلاقة بين العوامل السيكولوجية والمعرفية والسلوكية التي تؤدي إلى المقامرة، ويرى هذا النموذج أن المقامرة المرضية ما هي إلا رد فعل للضغوط النفسية التي يعانيها الفرد، وبقدر ضعف مهارات الفرد في حل هذه الضغوط، يكون الدافع قويا إلى المقامرة. لذا ينصب علاج المقامرة المرضية على تنمية مهارات حل الضغوط النفسية من خلال مجموعة من العوامل المعرفية والسلوكية التي تعمل ضمن منظومة أيكولوجية واحدة، وتتمثل هذه المهارات فيما يلي:

١ـ التحكم في الإثارة الذاتية التي يبعثها سلوك المقامرة.

٢ـ القدرة على مواجهة وتحدي بعض الأفكار الخاصة بالمقامرة.

٣ـ أن تصبح لدى المقامر مهارة خاصة في حل المشكلات.

٤ـ تنمية أفكار عقلانية لمواجهة الأفكار غير العقلانية وتعمل على التدعيم الإيجابي للتوقف عن المقامرة.

ويرى شارب وتارير أن ما يساعد هذا النموذج العلاجي على التطبيق هو كثرة مرات الخسارة في المقامرة، وفي حال عدم تقبل المقامر لهذا النموذج مع كثرة التعرض للخسارة في المقامرة، فسوف يظهر لديه انخفاض في تقدير الذات وإدمان الكحوليات، ومزيد من المشكلات المالية والضغوط الاجتماعية.

وقد وضع «هودغنز وغوبالي» نموذجا أطلقا عليه النموذج الخارج عن الحدود النظرية Transtheoretical Model، ويهتم هذا النموذج بالتغيير السلوكي للمقامر من خلال ثلاث مراحل : مراحل التغيير، وعمليات التغيير، ومستويات التغيير، ويجري التغيير السلوكي للمقامر من خلال عمليات التغيير، أما مراحل التغيير ومستوياته، فهي مراحل تمهيدية للبرنامج العلاجي، ومتغيرات للتأكد من مدى صلاحية البرنامج، ويرى هودغنز وغوبالي أن عوامل التغيير تشمل المدح، إعادة التقييم الذاتي، علاقات المساعدة، إعادة التقييم البيئي، التفريغ والتنفيس الدرامي، التحكم في المثيرات، التحرر الاجتماعي.

وقد أجرى هودغنز دراسات عديدة عن مدى فاعلية هذه المتغيرات في علاج المقامرين، فاتضح أن أكثر العوامل فاعلية : المدح وإعادة التقييم الذاتي والبيئي.

وقد وضع «هولمز» برنامجا علاجيا للمقامرة المرضية، يمكن تطبيقه فرديا أو جماعيا أو عن طريق نصائح الأسرة، ويهدف هذا البرنامج إلى تحقيق ما يأتي:

١ ـ الشعور بالأمل.

٢ ـ حل المشاكل المالية.

٣ ـ عدم الإحساس بالذنب والعار والندم.

٤ـ التوقف عن المقامرة.

٥ ـ مقاومة العوامل المسببة للمقامرة.

٦ ـ تنمية المهارات الاجتماعية البديلة للمقامرة.

ويشبه هذا البرنامج إلى درجة كبيرة البرنامج العلاجي الذي وضعته مؤسسة كاليفورنيا للمقامرة القهرية (CCPG).

العلاج النفسي الجماعي للمقامرة المرضية

أشكال ومناهج العلاج النفسي الجماعي:

تتنوع أشكال وطرق العلاج الجماعي تبعا للأهداف التي يضعها المعالج وصولا إلى الهدف الأساسي من العلاج، وهو الوصول إلى حالة السوية والقضاء على المرض، وهذا ما ينطبق على العلاج الجماعي للمقامرة المرضية، إذ إن هناك أشكالا كثيرة مثل العلاج الزواجي المشترك Conjoint marital therapy والعلاج بالسيكودراما وما يتبع ذلك من أساليب تكميلية للعلاج مثل عرض الأفلام والاسترخاء والإرشاد والتوجيه. كل ذلك من أجل حث المقامر على التوقف عن المقامرة والتحكم في الاندفاعات لديه، والتعامل مع مشاكله الشخصية.

ويرى «سلافسون» أن تنوع أشكال العلاج الجماعي ومناهجه يرجع إلى اختلاف المدارس السيكولوجية واختلاف معتقداتها حول طبيعة السلوك الإنساني في السوية والمرض، لكن سلافسون يحدد ثلاثة أنواع أساسية للعلاج الجماعي هي:

١ـ العلاج الجماعي النشط Active Group therapy

وهو العلاج الذي يلائم الأطفال في مرحلة الكمون، حيث يساعد في القضاء على السلوكيات المرضية الشاذة من خلال معالجة الأنا المريضة وتكوين «أنا أعلى» للطفل، مما يسمح بتعديل السلوك لديه، وهنا يجب عدم ممارسة أي نوع من أنواع العقاب إلا في حال عدم القدرة على ضبط الجماعة.



ويوضح «ريبر» أن هذا النوع من العلاج يكون للمعالج فيه دور مباشر، إذ يقوم بتعديل السلوك، لكن دون أن يفسر ذلك للأطفال. وعلى رغم أن هذا الدور سلبي، فإن هذا العلاج يطلق عليه، العلاج المباشر، نظرا إلى الدور الأساسي الذي يلعبه المعالج.

٢ ـ العلاج الجماعي التحليلي Psychoanalytic Group Therapy

هنا يختلف دور المعالج، حيث يصبح أكثر إيجابية، فهو لا يعدل السلوك فقط وإنما يفسر للمريض ضروريات التعديل، حتى يستبصر بذاته ويعي مشكلاته ويقضي عليها. وينقسم العلاج الجماعي التحليلي إلى العلاج الجماعي باللعب Playgroup Psychotherapy، وهو ما يتلاءم مع الأطفال الصغار، حيث يؤدي اللعب إلى شغل خيالات الأطفال فيعمل على تفريغ شحنة القلق لديهم، وبجانب هذا النوع هناك العلاج الجماعي بالمقابلة النشطة Activity Interview Group Psychotherapy، وتتلاءم هذه الطريقة مع الحالات التي تعاني من العُصاب حيث يقوم فيها المعالج بتعديل سلوك الأفراد وإعطاء تفسير مناسب لضرورة التعديل، وبجانب ذلك هناك العلاج الجماعي بالمقابلة Interview Group Psychotherapy وهو أسلوب يناسب المراهقين والبالغين، وفيه يحدث نوع من التأثير المتبادل بين المرضى بعضهم وبعض، ويكون ذلك نقطة البدء في العلاج.

٣ـ العلاج الجماعي الموجه Directive Group Psychotherapy

وتندرج تحت هذا النوع الأنشطة التعليمية والتهذيبية الخاصة بالذهانيين وكذلك عمليات الترفيه العلاجية ومساعدة المرضى للتوافق مع بيئتهم.

وإذا كان للعلاج الجماعي أنواعه المتعددة، فإن له أيضا طرقا ومناهج تهدف في المقام الأول إلى علاج المرضى، وعلى ضوء ذلك تُحدد طرق العلاج الجماعي في:

العلاج الجماعي التدعيمي Supportive Group Psychotherapy وهو العلاج الذي يهدف إلى إبقاء حالة المريض على ما هي عليه دون أن تتحسن أو تسوء، وهنا لا يكون المعالج بحاجة إلى أن يستبصر المريض حالته، بقدر ما يحاول علاج ما يمكن علاجه.

وبجانب هذه الطريقة، هناك العلاج الجماعي البنائي Constructive Group Psychotherapy الذي يهدف إلى اعادة بناء الشخصية من خلال إزالة الأعراض ومظاهر الاضطراب عن طريق التحليل والتفسير، أما العلاج الجماعي الجذري Radical Psychotherapy فهو الذي يسعى إلى التغيير المستمر بلا حدود أو نهاية.

وهناك العديد من التقسيمات الأخرى للعلاج الجماعي مثل السيكودراما وهي طريقة وضعها مورينو Morenoe وتعتمد على ممارسة الأدوار وتمثيلها في داخل الجماعة فيكتشف المريض مشكلاته وأخطاءه في أثناء التفاعل مع الآخرين، وفي أثناء التفاعل مع جماعة الحساسية Sensitivity group يحاول المفحوصون زيادة وعيهم الذاتي وفهمهم لدينامية الجماعة، وهناك أيضا الجماعة التدريبية Training group أو ما يطلق عليها جماعة (T) وفيها يلتقي أعضاء الجماعة ليتعرف كل منهم على شيء جديد في نفسه، وعن علاقاته مع الغير، وجماعة الماراثون Marathon group، وهي جماعة تلتقي لمدة طويلة تتراوح بين ٨ ساعات و٧٢ ساعة تهدف إلى تنمية الألفة وتشجيع التعبير الصريح عن العواطف.

وبجانب ذلك هناك العلاج الجماعي الأسري وهو العلاج الذي يرى أن الأسرة هي الأساس في الاضطرابات النفسية فيجعل المعالج من الأسرة جماعة علاجية لمناقشة ذلك. وهناك العلاج الجماعي الزواجي الذي يقتصر على الزوج والزوجة، ويناقش المشكلات بين الزوجين بما فيها المشاكل الجنسية، وقد استخدم «بويد وبولين» هذا النوع من العلاج الجماعي لعلاج المقامرة المرضية.

وقد ظهر حديثا شكل آخر من أشكال الجماعات العلاجية يسمى «جماعات المواجهة أو الحوار» Encounter groups، وهو ما نوضحه فيما يلي:

جماعات المواجهة أو الحوار Encounter groups

استخدم هذا النوع بعض المعالجين أمثال «روغرز» وذلك لتدريب الفرد ـ من خلال مواجهة الجماعة ـ على تطوير إمكاناته الشخصية وتدريب حساسيته عند التفاعل مع الضغوط الاجتماعية والجماعات. ويلجأ إلى هذا النوع من العلاج الأشخاص الذين لا ينتمون بالضرورة إلى المرضى النفسيين والعقليين. ويقرر الأفراد الذين تعرضوا لخبرات علاجية من هذا النوع أنهم ينتمون إلى «فهم أفضل للآخرين» وإلى طرح الزيف والثقة بالناس ومواجهة

الذات على حقيقتها. ويلاقي هذا النوع جدلا كبيرا بسبب منهجه القائم على إثارة الضغوط الاجتماعية على الفرد ومواجهته من قبل الجماعة وما يتبع ذلك أحيانا من إحباط.

ويوضح روجرز أن بناء جماعات الحوار يميل لاتباع برنامج بعينه يمكن تنظيمه داخل اتجاه سلوكي، وذلك على النحو التالي:

١ـ مرحلة الدوران: وهي مرحلة الاختلاط والارتباك والصمت والتفاعل السطحي التي يشار إليها كحدث غُفل يبدأ بالتعثر.

٢ـ المقاومة للتغير الشخصي أو الاكتشاف: وذلك عندما يخاطر الفرد بكشف بعض الاتجاهات الشخصية التي يقابلها الأعضاء الآخرون باستجابات ثنائية تميل إلى قطع المشاعر المتبادلة بينهما.

٣ـ وصف الأحاسيس الماضية: حيث يصف الفرد اتجاهاته الشخصية مع إتاحة المجال للمناقشة للأعضاء كي يروا الخبرات الماضية مرة أخرى.

٤ـ التعبير عن المشاعر النفسية: وذلك لأعضاء الجماعة السلبيين. فقد افترض روجرز أنه عندما يتم التعبير عن المشاعر السلبية ويجري قبولها، يكون مناخ الثقة قد بدأ في التطور الذي يسمح بمناقشة الموضوعات المرتبطة بالمشاعر غير السارة التي يجري تجنبها في العلاج المتبادل خارج الجماعة.

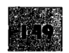
٥ـ التعبير عن المشاعر المتبادلة المباشرة: سواء أكانت إيجابية أم سلبية بين أعضاء الجماعة تجاه بعضهم البعض داخل الجماعة العلاجية.

٦ـ نمو الطاقة الشافية في الجماعة : وفي هذه المرحلة، يصبح أعضاء الجماعة متعاونين مما يسهل الحركة العلاجية عبر الاقتراحات المفيدة، والقبول المتعاطف بينهم.

٧ـ القبول الذاتي في بداية التغيير: حيث يبدأ الأعضاء في قبولهم لأنواع سلوكهم.

ديناميات وفنيات العلاج النفسي الجماعي

على الرغم من أن فنيات العلاج الجماعي تلعب دورا كبيرا في تشكيل سلوك المريض، فإنها تُشكل أيضا سلوك المعالجين وتجعل منهم ثلاثة أنواع: معالج يصنع الأحداث، ومعالج تصنعه الأحداث، ومعالج يشاهد الأحداث، وفي كل الحالات يبدو المعالج أكثر صبرا، لكنه في حاجة إلى المزيد منه، خاصة إذا كان بصدد جماعات مثل جماعات المقامرة المرضية.



لذا يبدو العلاج الجماعي وفنياته أمرا يحتاج إلى مهارة ودقة وإعداد جيد، الأمر الذي يجعل من نجاح العملية العلاجية أمرا مؤكدا لدرجة كبيرة. ولكي تسير خطة العلاج بنجاح يجب أن يهتم المعالج بالعديد من الأمور والفنيات مثل: تحديد حجم الجماعة، وعدد الجلسات، وطولها. وكيفية إدارة الجلسات العلاجية، وتجانس الجماعة، واختيار المكان الملائم للجلسات ونوعية أفراد الجماعة العلاجية، وسوف نعرض لهذه الفنيات بشيء من الإيجاز.

وفيما يتصل بحجم الجماعة العلاجية، فإنه يتوقف على حنكة المعالج وكفاءته في قيادة الجماعة وخبرته، واطمئنانه لمهاراته وقدراته القيادية، ومن المفضل أن يتراوح عدد أفراد الجماعة من ٥ - ٦ أفراد بالنسبة إلى المعالج المستجد، وأن يزداد هذا العدد حتى يصل إلى ما يقارب ١٠ أفراد بالنسبة إلى المعالج الخبير. كما يتوقف حجم الجماعة أيضا على تعقد الإجراءات العلاجية المستخدمة، فإذا استخدمنا شكلا واحدا من العلاج، فمن الممكن زيادة حجم الجماعة لتصل إلى ١٠ أو ١٢ فردا، أما إذا كان الأمر يتطلب إجراءات خاصة لكل فرد فيها فإنه من الأفضل التعامل مع جماعة صغيرة، حتى بالنسبة إلى معالج محنك.

ومن ناحية الجلسات العلاجية ومدتها، نجد أن كثيرا من المعالجين يفضلون أن تتم الجلسات بمعدل جلسة واحدة كل أسبوع، وإن كان من الأفضل أن تتم في البداية بمعدل جلستين في الأسبوع، وذلك للمساعدة على تيسير التفاعل بين أفراد الجماعة، ومراقبة المشكلات وتحديد الأهداف العلاجية لكل مريض بدقة، وعادة ما تستغرق الجلسة الجماعية من ساعة إلى ثلاث ساعات وبمتوسط ساعتين، وقد يكون للجلسات الإضافية فائدة في العملية العلاجية، وهو ما يدفع بعض المعالجين لاستخدام جلسات فردية لمدة ساعتين من كل أسبوع مع الأعضاء المختارين، يدعمون من خلالها الاتجاهات الإيجابية للعملية العلاجية، ويجب أن يثبت زمن الجلسة سواء كان ساعة أو ساعة ونصف الساعة.

ويرى البعض أن زمن الجلسة الذي يبلغ ساعة واحدة يكون غير كاف، إذ إن التفاعل الإيجابي بين أعضاء الجماعة العلاجية يكون في قمته في نهاية الساعة الأولى، ويرى البعض الآخر أن زيادة الجلسة العلاجية على ساعة يعد أمرا مرهقا للمريض والمعالج.

أما عن عدد الجلسات فهو يصل في المتوسط إلى عشرين جلسة. وبالنسبة إلى مواعيد الجلسات، فإنه يجب على المعالج اختيار أفضل الأوقات التي تتلاءم مع حاجات مرضاه، وعدم تغييرها سواء من حيث الأيام أو من حيث ساعات اللقاء، حيث يؤدي الانضباط في المواعيد إلى استمرارية المرضى في الجلسات العلاجية، ويفضل أن يجلس المرضى في أثناء العلاج على شكل نصف دائرة، وذلك حول مائدة كبيرة حيث يمثل وضع الجلوس الذي يختاره المريض أمرا مهما في العملية العلاجية، إذ يفضل بعض المرضى الجلوس بجانب فرد معين، وهو ما يضعه المعالج موضع التحليل لتفسير دينامية الجماعة، وفيما يتصل بتسجيل الجلسات العلاجية فلابد أن يخبر المعالج مرضاه بذلك، وأن يذكر لهم أن ذلك بغرض الفائدة لهم، شريطة أن يكون ذلك في أول الجلسة.

وبالنسبة إلى إدارة الجلسات العلاجية، يعتمد بعض المعالجين على تأثيرهم الشخصي في مرضاهم، وذلك عن طريق التوجيه والإرشاد من خلال المحاضرات، ويعتمد البعض الآخر من المعالجين على أعضاء الجماعة أنفسهم في إلقاء أغلب الأحاديث وتبادل الآراء والمناقشات مع أقل تدخل ممكن من جانب المعالج، ويعتمد فريق آخر من المعالجين على دعوة بعض المرضى الذين تم شفاؤهم إلى إلقاء أحاديث على المرضى الحاليين، يقصون فيها خبراتهم في أثناء المرض وخلال تقدمهم نحو الشفاء. وقد يواجه المعالج بعض الصعوبات في إدارة الجلسة مثل مقاومة المرضى، والتردد في قبول العلاج والدخول فيه، بجانب فضول بعض المرضى تجاه بعض طرق العلاج، فضلا عن كثرة الأسئلة من جانب المرضى عن مدى فاعلية العلاج وما يقلل من هذه الصعوبات خبرة المعالج وإيجابيته وتعاطفه مع اضطراب المريض وقلقه، وأن يكون أكثر وعيا بالمرض وأعراضه، والمريض حامل المرض.

وإذا كان بعض أعضاء الجماعة العلاجية مصدراً للخطر والتهديد على تماسك الجماعة، كما هي الحال في المرضى السيكوباتيين أو العدوانيين، حيث نجدهم أكثر سخرية وعدوانية على أفراد الجماعة، فعلى المعالج أن يقوم بوضعهم في جماعة أخرى مستقلة، أو أنه يبدأ معهم بالعلاج الفردي إلى أن يحين الوقت ويكونوا أكثر قدرة على الانضمام إلى الجماعة العلاجية

مرة أخرى.أما فيما يتصل بتجانس الجماعة، فنجد أن البعض يشير إلى أهمية تشابه أعضاء الجلسة العلاجية في أعراضهم ومشكلاتهم، وهذا بدوره يؤدي إلى الاهتمام المتبادل والتعاطف والمشاركة الوجدانية بين الأعضاء، فتماثل الجماعة من حيث المرض والجنس والتعليم والمستوى الاجتماعي والاقتصادي يؤدي إلى نتائج إيجابية في العلاج، نظرا لأنه يقلل من التوتر ويزيد من فرص التفاعل بين أفراد الجماعة ويساعد كل فرد على التوحد بالآخر، وبالتالي تقبله كنموذج وصديق، مما يساعد المعالج على وضع الإجراءات العلاجية وخطة البرنامج العلاجي، ولكن يجب أن نحذر من التجانس التام، إذ إنه يؤدي إلى انشغال المعالج بوضع خطة علاجية واحدة، متجاهلا بذلك بعض المشكلات الأخطر شأنا والتي قد يكتشفها بين أفراد الجماعة بعد بدء العلاج.

وفيما يتعلق باختيار المكان الملائم للجلسات، يفضل أن يكون اللقاء في البيئة الطبيعية التي سيتفاعل فيها المريض بعد علاجه، على أن الانتقال إلى الأماكن الطبيعية يجب أن تسبقه جلسات توجيهية تكون في أماكن جذابة ومريحة أو في عيادة نفسية، حيث تكون لها هيبتها وجاذبيتها للمرضى، على أن تنتقل الجلسات إلى مواقع حية يراقَب فيها المريض في مواقف فعلية، وتتلو ذلك جلسات للتصحيح تجري في العيادة من جديد، ولكي نقلل من التشتت فمن الأفضل ألا يكون هناك هاتف في المكان الذي تجرى فيه الجلسات.

وبالنسبة إلى اختيار أفراد الجماعة، يُجري المعالج مقابلة فردية لكل فرد مرشح للانضمام للجماعة قبل أن تعقد الجماعة أول جلسة لها، وفي هذه المقابلة يحاول المعالج ان يعرف شيئا عن مشكلات الشخص، وأن يشرح له كيف تعمل الجماعة، وأن يعطيه الفرصة ليقرر ما إذا كان يرغب في الانضمام للجماعة أم لا، إذ إن هناك بعض المرضى الذين يقررون الانضمام للجماعة، ثم لا يلبثون أن يتركوها، مما يؤدي إلى صدمة للعضو الآخر الذي اندمج مع المريض. وهناك بعض المعايير التي يجب أن يتخذها المعالج لاستبعاد المريض من جلسات العلاج الجماعي وهي:

- شعور المريض بعدم المساواة مع المرضى الآخرين، إذ يبدون أفضل براعة منه في ديناميات العلاج النفسي الجماعي.

- الخوف من فقدان التحكم في دوافع الفرد غير المعقولة، والخوف من المجهول غير المتوقع، والهروب من النزعات الجنسية، والخوف من مواجهة ذلك في وجود الآخرين فضلا عن كثرة الإنكار أو الرفض من جانب الجماعة، مما يؤدي إلى شعور الفرد بأنه غير مرغوب فيه.

لذلك يحتاج المرضى إلى إعداد جيد من جانب المعالج قبل الانضمام إلى الجماعة العلاجية ويشمل هذا الإعداد، تحمل المريض لضغط الجماعة العلاجية، والثقة في رفاقه في الجماعة، وتهيئته لأن يصبح عضوا في الجماعة، وضمان عدم لجوئه إلى المقاومة، وإفهامه أنه سوف يستفيد من الموقف والوسط الاجتماعي في الجماعة العلاجية، كما أنه سوف يفيد رفاقه من أعضاء الجماعة علاجيا في الوقت نفسه.

ومن فنيات الإعداد للعلاج الجماعي أيضا، ضرورة تعريف أفراد الجماعة وإعلامهم بالخطة العلاجية، فعادة ما لا يكون أفراد الجماعة على علم مسبق بطريقة العلاج الجماعي وقيادته وأنماط التعامل فيه، لهذا يفضل أن يعرف المعالج كل مريض على حدة مسبقا بما سيتوقعه من الجلسات، وبالطريقة التي سيعامل بها، ويجب مساعدة الفرد بعد ذلك على اتخاذ القرار الملائم له، وذلك دون إغراق المريض بالتفاصيل النظرية.

ومن خلال ذلك يبدو دور المعالج في خلق جماعة متماسكة تشجع المرضى كي تتكون لديهم المسؤولية نحو علاجهم، وذلك من خلال الجو العلاجي الذي يسوده الحب والتقبل والتسامح والفهم والحرية، وغير ذلك من ضرورات الجو العلاجي السليم، الذي يتيح للمرضى القدرة على التعامل مع الكل لتطوير الأمل، وتنظيم التفاعل وإحداث تغيرات إيجابية. وهنا قد يواجه المعالج صعوبات تتمثل في تأسيسه لبعض الأنشطة الجماعية التي تتسم بالتأثير الشديد بقدر ما تتسم بالتعدد والواقعية، كي يتمكن من تخليص المرضى من الجروح العاطفية وحل صراعاتهم الداخلية، والتخفيف من قلقهم وإزالة أعراضهم، وتحسين علاقاتهم المتبادلة والاتجاه نحو الإنجاز الذاتي.

العلاج النفسي الجماعي للمقامرة المرضية ومدى فاعليته

بدأ استخدام العلاج النفسي الجماعي للمقامرين على يد «بوب كاستر» العام ١٩٧١، ومنذ هذا التاريخ بدأت تظهر فنيات علاجية أخرى مشابهة للعلاج النفسي الجماعي، وكأن العلاج الجماعي هو الأداة الوحيدة لعلاج المقامرة المرضية، وذلك لما يتميز به من قدرة على تعديل سلوكيات المقامر وأفكاره الخاطئة من خلال حل الصراعات والعمل على حرية التنفيس، وفتح الباب للانفعالات بأن تنطلق على الجماعة من دون قيد أو شرط، فتنخفض حدة الشعور بالذنب والخجل والقلق، مما يجعل المقامر أكثر ثقة بنفسه وبالآخرين وبالعالم المحيط به.

فالعلاج النفسي الجماعي يساعد المقامرين على النظر لكل الصراعات من جوانب متعددة، وذلك من خلال عمليات المساندة الاجتماعية التي تقوم بها الجماعة، حيث يدرك المقامر أنه يشترك مع الآخرين في كثير من المشكلات النفسية مما يساعده على الاستبصار بنفسه والاستفادة من أخطاء الغير عن طريق الجمع بين ما يعانيه من خبرات ذاتية وبين ما يعيشه في الواقع الاجتماعي.

فالعلاج النفسي الجماعي هو بمنزلة مجموعة من الطرق والفنيات التي تستخدم ديناميات الجماعة في تغيير وتعديل سلوك المقامر، وبعض من جوانب شخصيته. ويلعب العلاج النفسي الجماعي الدور نفسه الذي يلعبه العلاج الفردي، لكنه يختلف عن العلاج الفردي من حيث إن الجماعة فيه تحل محل المعالج، مما يساعد على التعامل بحرية مع بعض خصائص المقامرين التي تعيق العلاج مثل :

١ـ عدم الإحساس بالآخرين، وبعدم الحاجة إليهم.
٢ـ المراوغة وقلة الصبر.
٣ـ عدم القدرة على التخطيط.

وهذا يعني أن العلاج النفسي الجماعي أداة للخروج من العزلة والإحساس بالجماعة ووسيلة تركز على حل المشكلات والأزمات التي يتعرض لها المقامر مثل المشكلات المنزلية، ومشكلات العمل، والمشاكل الشخصية، مما يساعد على الثبات والاستقرار النفسي والانفعالي، فهو محاولة لتعديل السلوك المضطرب وعدم التوافق.



وإذا كان العلاج النفسي الجماعي للمقامرة المرضية يبدو صعبا للغاية، فهذا يدل على أنه ليس هناك أقسى على الفرد إلا عندما يصبح مقامرا مرضيا، فإن كان هناك أشياء أخرى لها تأثيرها القوي إلا أن المقامرة المرضية قد تفوق كل شيء لأن تأثيرها يستمر طويلا، ويعلم الفرد ألا يتعلم شيئا! وبذا يصبح لا شيء أقوى من المقامرة إلا الهروب منها وعلاجها. فالنصيحة مع المقامر لا تفيده بل تزيد من الكبت لديه، وليس معنى أن نقول له الصدق أن يصدق كل ما نقوله، ذلك لأن كل مقامر اعتاد أن يترك في عقله مكانا فارغا يضع فيه آراء ونصائح الآخرين، فلديه قدرة عجيبة لابتلاع النصائح، ربما لأنه يرى أنها لا توجع معدته! ولأنه يعتقد أن المقامرة هي الداء والدواء، وهو بذلك يموت جوعا في انتظار مأدبة الحظ، ويخسر ذاته وحياته لأنه يضعها في شيء واحد فقط، إذ يقامر على نفسه بالمقامرة فيسقط في يدها في اللحظة ذاتها التي يتصور فيها أنها سقطت في يده. وعلى الرغم من ذلك لا يتألم لحاله، بل الذي يؤلمه أن الآخرين لا يدركون آلامه. ومن خلال هذه النقطة يكون عمل المعالج النفسي عن طريق عمليات الطرح الموجب والعلاقات الشخصية والبين - شخصية في العلاج النفسي الجماعي.

من أجل ذلك يهتم كثير من المعالجين النفسيين بالعلاج الجماعي للمقامرة المرضية، ويكفي أن نذكر أن مؤسسة «المقامر المجهول» اعتبرت العلاج الجماعي أداة أساسية لعلاج المقامرة المرضية. وتتعدد المحاور العلاجية الجماعية للمقامرة المرضية، لكن أغلب هذه المحاور هي تلك التي تركز على خصائص الشخصية والضغوط النفسية للمقامر. وهذا ما جعل «كستر» و«ميلت» يركزان في العلاج الجماعي للمقامرة المرضية على الخصائص الشخصية غير التوافقية مثل عدم الأمانة والتسامح، وعدم القدرة على التخطيط واتخاذ القرار، وعدم القدرة على حل المشكلات، وتجنب المسؤولية.

وهذه الخصائص تجعل من الصعوبة بمكان أن يتوافق المقامر مع ضغوط الحياة اليومية، فتكون المقامرة بالنسبة إليه الطريق الوحيد للنجاة، وللقضاء على هذه الخصائص استخدم «كستر» و«ميلت» برنامج بريكسفيل Brecksvill Program الخاص بتعديل سلوكيات المقامر اللاتوافقية، وقد حرص الباحثان



على أن يتعلم المقامر المرضى ـ من خلال العلاج الجماعي ـ بعض الفنيات المعينة للتوافق مع ضغوط الحياة، خاصة الفنيات التي فقدها من خلال ممارسة المقامرة.

والفنيات التوافقية التي يحرص عليها «كستر» و«ميلت» هي ما جعلت «سباينر» يرى أن العلاج الجماعي للمقامرة المرضية يجب أن يتيح فرصة تحمل المسؤولية والقبول والصبر وتنظيم الذات والحساسية للأمور المختلفة. ولا يتمكن العلاج النفسي الجماعي من ذلك إلا من خلال تحديد الضغوط الأساسية التي يعانى منها المقامر، والتي تتضح من خلال السيرة الذاتية التي يرويها عن نفسه وعن قصته مع المقامرة، وكذلك من خلال تعليقات المقامرين أنفسهم عليها. وبمجرد أن يكتشف المعالج العيوب الشخصية للمقامر مثل المراوغة والعناد وتبلد المشاعر والاحتيال، يعمل من خلال العلاج الجماعي على مواجهة هذه السلوكيات واحدة تلو الأخرى، وتكون الفرصة كبيرة في تعديل ذلك عندما يصبح المقامر غير متأكد من قدرته على مقاومة ضغط الجماعة ورفضها له، وهنا لا يعدل المقامر سلوكه ويمتثل للجماعة حفاظا على المبادئ وإنما حفاظا على علاقات شخصية يهتم بها. لذلك يرى سباينر أن العلاج الجماعي هو تدريب قصير لمساعدة المقامر على تعلم أساليب توافقية جديدة واستعادة أساليب توافقية قديمة.

ويستخدم العلاج الجماعي للمقامرة بعض الأساليب التكميلية التي يقوم بها المعالج مع الجماعات الصغيرة، وذلك مثل عرض الأفلام، والاسترخاء، والإرشاد الفردي، فيقوم الفيلم بعرض الأحوال والظروف الصعبة التي يمر بها المقامر، كذلك يعرض للفوائد التي يحققها الفرد من الامتناع عن المقامرة. ويعمل الاسترخاء على أن يتعلم المقامر التوافق مع القلق وكيفية التغلب على الإثارة، وبجانب ذلك كله قد يستخدم العلاج الجماعي أسلوب الإرشاد الفردي الذي هو أداة مساعدة للتغلب على المشاكل من خلال إعادة بناء الموقف وتحديد الجوانب الضارة في المقامرة.

وإذا كان العلاج الجماعي للمقامرة المرضية يستخدم أدوات تكميلية كالأفلام والاسترخاء والإرشاد الفردي، فإن بعض المعالجين يستخدمون العلاج الزواجي المشترك Conjoint marital thearpy كأداة تكميلية للعلاج الجماعي للمقامرة المرضية، وإن كان بعض المعالجين يعتبرونه نوعا مستقلا

عن العلاج الجماعي وليس أداة تكميلية له، ويشبه هذا النوع إلى حد كبير العلاج الجماعي عن طريق جماعة المواجهة أو الحوار، فهو يقوم على فرضية أساسية مؤداها : أن المقامرة المرضية هي رد فعل للضغوط الزواجية، وبخاصة تلك التي يشعر بها الفرد تجاه شريك حياته، فالمقامرة المرضية ما هي إلا أعراض زواجية ناتجة عن عقدة التفاعل الزواجي المريض pathological marriage interaction وتقوم فكرة العلاج على حضور كل من الزوج والزوجة في جلسة علاجية تحتوي في البداية على حوار ومناقشة مفتوحة حول المقامرة، شريطة ألا يكون هذا الحوار موجها نحو المقامر، ثم يحكي الزوج حكايته مع المقامرة، وتبدأ الزوجة في مواساته على ما مر به من أحزان، وفي المرحلة الثانية يحاول المعالج أن يجعل الزوجة تتحدث عن الأضرار التي لحقت بها من جراء المقامرة، أي أن جوهر العلاج هو تبادل الأدوار بين الأزواج، وهو ما أطلق عليه بولين وبويد «دور الشهيد» Role of martyr.

فعندما تتبادل الأدوار بين الزوجين يحاول كل منهما إزالة الاتهام عن نفسه، حيث يحاول الزوج أن ينفي أن المقامرة أضرت بعلاقاته مع زوجته، وفي بعض الحالات قد ينكر أنه مقامر مرضي ونادرا ما يماس المقامرة، كما تحاول الزوجة أن توضح مدى التضحيات التي بذلتها من أجل زوجها.

وفي المرحلة الثالثة يدخل المعالج في الحوار بين الزوج والزوجة، وعندما يعتاد المقامر على المواجهة وتقل درجة مقاومته، خاصة أن المعالج والزوجة يبدآن في مواجهته بأعراضه المرضية، وبمجرد أن يدرك أعراضه فإنه يستطيع مواجهتها، فتتحسن حاله بشكل منتظم، ويظهر ذلك في توكيد الذات وانخفاض معدلات الاكتئاب والامتناع عن ممارسة المقامرة والتعرف على بعض من اضطراباته الشخصية، كما أن ما يوضح تحسن الحالة هو تحسن العلاقة الزوجية من حيث الصراحة والتماسك والثقة بين الطرفين.

ويختلف العلاج الزواجي المشترك بطريقة «تيبرمان» عن طريقة بولين وبويد، فقد كانت طريقة هذين الأخيرين منهجا استكشافيا وغير مركب نسبيا، يعتمد على جلسة واحدة كل أسبوع لمدة عام، بينما كان البرنامج العلاجي لتيبرمان معتمدا على الاثنتي عشرة خطوة التي قدمتها مؤسسة (المقامر المجهول)، وعلى رغم هذا الاختلاف كان الهدف واحدا.



إن النقطة الجوهرية في العلاج بصفة عامة، ليست طبيعته ونوعيته، وإنما هي قدرته على تناول جميع الأعراض وحلها ومنع الانتكاسة للمرض relapse والسؤال الذي يطرح نفسه الآن:

ما مدى فاعلية العلاج النفسي الجماعي للمقامرة المرضية؟

يرى «ووكر» أن هناك بعض العقبات التي تحول دون التقييم الصحيح لفاعلية ونجاح العلاج الجماعي، وذلك مثل البيانات غير الصحيحة التي جمعت عن الحالات المرضية، وكذلك إصدار أحكام ذاتية غير موضوعية. فنجاح العلاج وفاعليته يعتمدان على القضاء على هذه الصعوبات، بجانب عمل الكثير من المقابلات الشخصية، وجمع البيانات والإحصاءات السليمة، مع التركيز بشدة على حضور جميع الجلسات العلاجية والاهتمام بعمليات المتابعة، وأن نضع في اعتبارنا أن المقامر قد يتوقف عن المقامرة ليس بسبب العلاج، وإنما لعدم وجود الفرصة، أما وإن كانت الفرصة مواتية للمقامرة ولم يقامر الفرد، دل ذلك على أن العلاج كانت له فاعليته، من ثم نحكم عليه بأنه علاج ناجح، وتبدو فاعلية العلاج في إقناع المرضى بأن المقامرة يمكن القضاء عليها، وذلك حتى تكون لديهم الرغبة في العلاج، إذ إن الرغبة في العلاج هي جزء من العلاج، وما إن يتحقق ذلك، تصبح التدعيمات المقدمة من الجماعة العلاجية ذات فائدة كبيرة، ولكي يستمر أثر التدعيمات لفترة ما بعد العلاج، لابد للمعالج أن يجد طريقة يملأ بها الفراغ الذي يشعر به المقامر بعد التوقف عن المقامرة، ويتحقق ذلك بإدماج المقامر في أنشطة وأعمال مختلفة، وذلك حتى تتجه أفكاره وطاقته لمصادر أخرى غير المقامرة، ويجب أن تتسم هذه الأنشطة بطابع الإثارة والتنبيه، تماما كما كانت المقامرة، وبجانب ذلك لابد من أن نكافئ المقامر عن توقفه عن المقامرة.

ويرى فرانكلين وريتشاردسون ضرورة وضع بعض المقاييس التي توضح مدى فاعلية العلاج للمقامرة المرضية، ويجب ألا نعتبر التوقف عن المقامرة هو معيار نجاح العلاج بل ننظر أيضا للتحسن في نسق الحياة لدى المقامر.

وقد حدد فرانكلين وريتشاردسون قائمة لقياس مدى فاعلية العلاج، تتراوح الدرجة عليها من صفر إلى ٩، والمقامر المرضي الذي يحصل على «صفر» يعني ذلك أن العلاج قد نجح لديه تماما والدرجة (٩) تعني أعلى معدلات المقامرة المرضية.



وتشمل هذه القائمة ما يلي :

١ ـ الاكتئاب والتوتر.

٢ ـ العلاقات الأسرية والاهتمامات البين – شخصية.

٣ ـ الاهتمامات والميول المهنية.

٤ ـ الاهتمامات المالية.

٥ ـ القضايا المشروعة.

٦ ـ الذهاب لمؤسسات علاج المقامرة.

٧ ـ المشاركة في العلاج.

٨ ـ قياس التوقف عن المقامرة.

٩ ـ مدى الاعتماد على المخدر.

وهذه العوامل التسعة يحتوي كل عامل منها على عدة بنود وضعت في مقياس يحدد فاعلية العلاج للمقامرة المرضية.

ويشير «ستينشفيلد» إلى أن الانتكاسة للمقامرة وعدم فاعلية العلاج، يرجعان إلى عدم إكمال العلاج، وعدم المتابعة للعلاج، فإذا اكتمل العلاج وأجريت عمليات المتابعة لفترة لا تقل عن عام، وليس ستة أشهر، كما يظن البعض، فإن نجاح وفاعلية العلاج يكونان أمرا مؤكدا، ويتمثل ذلك في التحسن في الوظائف النفسية الاجتماعية، وانخفاض معدلات المقامرة، وقلة الديون، وكذلك قلة الأصدقاء المقامرين. ويرى «بلازنسكي» أن علاج المقامرة المرضية سيصبح علاجا فعالا إذا استخدمت الطرق العلاجية للإدمان بجانب أن يخضع العلاج للبحث التجريبي الدقيق.

ويوضح «برونيل وآخرون» أن ما يعرض المقامر لخطر الانتكاسة، هو مجموعة من العوامل الشخصية والبيئية، والتي يمكن التحكم فيها عن طريق تنمية المهارات الجديدة، وتغيير نمط الحياة، وتكوين سلوكيات إيجابية جديدة.

ويتفق العلماء على أن المقامرة مرض يستوجب العلاج، إلا أنهم يختلفون فيما بينهم في الطرق العلاجية المناسبة لها، وكذلك العوامل والمتغيرات ذات الدلالة التي تؤثر في مسار ومآل المرض. فالبعض يرى أن علاج المقامرة يجب أن يكون من خلال العقاقير، والبعض الآخر يركز على العلاج الأسري والعلاج الزواجى، والعلاج المعرفي.

وإذا كان هناك اختلاف بين العلماء في نوعية العلاج المناسب، فهناك اختلاف أيضا في علاج العوامل والمتغيرات التي تسبب المقامرة، لذلك تضاربت نتائج الدراسات والأبحاث فيما بينها، بين مؤيد لفكرة أن لا علاج للمقامرة، ومعارض يرى أن هناك علاجا ولكنه يتم بصورة صعبة للغاية، وقد تكمن صعوبة العلاج وعدم جدواها باستخدام بعض الأساليب الخاطئة التي تنظر إلى المقامرة على أنها ظاهرة جسمية يمكن علاجها بالعقاقير وعن طريق بعض النماذج الطبية.

فقد أشارت بعض الدراسات إلى أن المقامرة ظاهرة مرضية يمكن علاجها فسيولوجيا، من خلال عقار «الكلوميبرامين والفلوفوكسامين والليثيوم». وفي الوقت ذاته أشارت دراسات أخرى إلى أن مثل هذه الطرق العلاجية، إن قدر لها النجاح، فإن نسبة العلاج ربما تصل إلى ٨٪ مع احتمال كبير للانتكاسة بعد شهور قليلة.

ويشير «دايكسون» إلى أن العلاج المعرفي للمقامرة هو من أفضل الطرق العلاجية ذات التأثير المباشر لكونها تركز على معالجة الأفكار غير العقلانية، خاصة التركيز على وهم القدرة على التحكم.

وأوضح كل من بيتري وأرمينتانو أن استخدام العلاج السلوكي والعلاج التخصصي الموحد Combining professional therapy في المقامرة، يؤدي إلى نتائج إيجابية، بالنظر إلى أن هذه الأنواع من العلاج تنصب على حل المشكلات، وإعادة البناء المعرفي والتدريب الاجتماعي، ومنع الانتكاسة Relapse prevention.

وفي دراسة لبسترناك وفليمنغ أوضحا أن ما يؤثر في سير العملية العلاجية للمقامرة، أن يكون المقامر من مدمني المخدرات، لذا يجب أن يعالج المقامرون من الإدمان أولا حتى يسهل علاج الاضطرابات النفسية الأخرى.

ويوضح «ويدغورث» أن المقامرة ظاهرة نفسية بعيدة كل البعد عن العوامل الجسمية والفسيولوجية، لذا يجب أن ينصب العلاج على الاضطرابات النفسية التي تدفع بالفرد إلى سلوك المقامرة. وقد تظهر بعض الفوائد البسيطة لاستخدام النموذج الطبي في العلاج، من حيث إنه ينمي بعض جوانب شخصية المريض في أثناء العلاج، من خلال الإيحاء للمريض بمدى

فاعلية العلاج، إذ إن كثيرا من المرضى لا يؤمنون إلا بالعلاج الطبي القائم على أمور فسيولوجية ولا يقتنعون بالطرق العلاجية ذات البعد النفسي. لكن الاعتماد فقط على النماذج الطبية الفسيولوجية سرعان ما يؤدي إلى الانتكاسة. وكثرة تعرض المقامر للانتكاسة تجعل منه فردا «مُتعلم العجز» Learned helplessness، فلا تكون له رغبة في العلاج، حتى ولو كانت هناك فرصة حقيقة للعلاج.

ويشير «لادوسير» وزملاؤه إلى أن علاج المقامرة يجب أن يكون من خلال العلاج المعرفي، ذلك لأنه يحقق نتائج إيجابية، خاصة إذا كانت هناك عمليات متابعة بعد الشفاء لمدة ستة أشهر، يجري خلالها التركيز على : اكتساب المهارات، حل المشكلات، ومنع الانتكاسة، وتصحيح المدركات المشوهة والمعتقدات الخاطئة، ووهم القدرة على التحكم، وهذه الأخيرة تلعب دورا مهما في سلوكيات المقامر، حيث يتصرف بوهم معتقدا أن كل شيء تحت تصرفه، حتى الأشياء التي تعتمد على المصادفة والحظ في مقدوره أن يخضعها لإرادته، فهو على رغم الخسارة المتكررة يتوهم أن الحظ والثروة والفوز الكبير، لابد من أن تحالفه في النهاية.

وفي دراسة لـ «هاربا» و«لي» أوضحا أن أهم المحاور العلاجية للمقامرة تشمل ما يلي:

١ ـ النوع

٢ ـ المستوى الاجتماعي الاقتصادي

٣ ـ التعليم

٤ ـ الدين

وركز الباحثان على ضرورة تعديل سلوكيات المقامر من خلال عمليات الإحلال والتعديل للأفكار الخاطئة الخرافية، وتزويد المقامر بأفكار صحيحة وصحية، شريطة أن تعتمد هذه الأفكار على المناقشة والحوار، ولا تُفرض جزافا على المقامر.

ويشير «مكوناي» إلى طريقة جديدة من طرق العلاج للمقامرين وهي طريقة «الكف الخيالي» Imaginal desensitization، والتي تقوم على أساس أن الكف الدائم المستمر للإحساسات نحو الأشياء والموضوعات ذات الصلة بالمقامرة، يساعد الفرد على التحكم في سلوكياته الاندفاعية، وفي هذه

الطريقة يحدد المقامر أربعة مواقف يمارس فيها سلوك المقامرة، ثم يقوم المعالج بالتركيز على هذه المواقف، ويحاول أن يعدلها، وما أن يجري التعديل يشعر المقامر بعدم الرغبة في المقامرة.

وتبدأ عملية العلاج باسترخاء تام لمدة خمس دقائق، في حجرة مظلمة، وفي أثناء ذلك يطلب المعالج من المقامر أن يتخلى عن توتره ويسترخي بعضلاته، ثم يبدأ المعالج في توضيح أسباب المقامرة، وبقدر استطاعة الفرد التخلي عن القلق والتوتر وإمكان استرخائه، تتضح له تفاهة الدوافع التي تجعله يقامر.





١١ دراسات الحالة

إذا كان سقراط قد عرف الإنسان من خلال منطقه بوصفه الإنسان العارف، وأطلق عبارته الشهيرة «اعرف نفسك»، ثم جاء ديكارت ليعرف الإنسان من خلال عقله بوصفه كائنا يفكر (أنا أفكر إذن أنا موجود)، فإننا نحاول أن نتعرف على الديناميات النفسية للمقامر من خلال رغباته بوصفه كائنا «يرغب في...»، ومهمتنا الأساسية في ذلك هي ألا ننخدع بمحسوس الظاهر، وإنما ننظر بعمق إلى مدلول الباطن، وألا نكتفي فقط بقراءة السطور، وإنما نقرأ أيضا ما يقع بين السطور، في محاولة جادة ومستمرة لتجميع أكبر قدر من البيانات والمعلومات الصحيحة عن المقامر، نأخذها بوصفها وقائع Facts، وعلينا نحن أن نعيد النظر من جديد في هذه الوقائع؛ حتى تصبح حقائق Truth، فمهمة الإكلينيكي هي - على حد تعبير جاك لاكان - تحويل الكلام الكاذب إلى كلام صادق.

«ليست كل الوقائع حقائق... فليس معنى أن يصدقك المقامر القول أنه يقول الصدق دائما»

المؤلف

لذلك قمنا بعمل المزيد من دراسات الحالة، من خلال المقابلات ذات رؤوس الموضوعات الهادية التي تشتمل على: الشكوى الحالية،



الأسرة واتجاه المفحوص منها، الطفولة، التعليم، العمل، الإقامة، الحوادث والأمراض، الحقل الجنسي، الموقف من الحياة، الأحلام وتفسيرها. وهو ما نوضحه من خلال دراسات الحالات التالية:

الحالة الأولى

«ر. ض»: شاب في السابعة والعشرين من عمره، تخرج في كلية التربية النوعية، له من الصفات الشاذة والمعتقدات الغريبة ما يثير الفضول، ويذكي الحوار والجدال والنقاش، فليس ثمة نهاية للحوار معه، لأنه لا يكف عن التعجب والتساؤل والسخرية، كما أنه يرى في نفسه كائنا مشكلا، أصبحت مشاكله كألف ليلة وليلة، ليس فيها نهاية حاسمة، وإنما على الدوام هناك بداية متجددة، فهو ليس إنسانا جاهلا وإنما عارف للكثير من الأمور، لكن الصحيح لا يعرفه وما يعرفه خطأ، يلعب من أجل المال، ويرى أن الفقر ليس عيبا، ولكنه أسوأ من العيب. تعبيراته مهذبة، لكن رغباته قبيحة، إذ يرى أنه من الحكمة أن تكون مهذبا حتى عندما تنوي أن تكون غير ذلك (عديم الأخلاق والأدب)، ومع كل ذلك تجده يفعل أكثر مما يجرؤ عليه الآخرون، فهو لا يحب ولا يخاف ولا يخشى أحدا، وتجده لا يحزن إلا عندما يتحدث عن المقامرة، وكذلك يحزن كل من يستمع إليه، فقد ضحى بكثير من الفضائل من أجل سعادته التي ظن أنها تتحقق في المقامرة، فضاع المال والأصدقاء والآخرون الذين يعتمد عليهم، لذا فإن مصدر عذابه ليس ما يعانيه، ولكن ما يفقده، وتصل آلامه إلى أعلى درجاتها عندما يشعر بأن عذابه لا يعذب أحدا. ما جعله في النهاية لا يحيا إلا بالأعداء، إذ يشعر بالوحدة إذا غابوا عنه، فليس ثمة أصدقاء إنما ثمة أعداء، أو إن شئت فقل (زملاء لعب)، لا يسعده إلا خيبتهم والحديث عن فضائحهم.

من هنا كان لزاما علينا أن نتعرف على سلوكيات وديناميات تلك الحالة، وأن نسبر غور إمكاناتها وقواها وضعفها لكي نرسم لوحة إكلينيكية لا تقف عند حدود الرصد والتفسير، بل الفهم والتحليل الذي لا يقنع فقط بالبناء الفوقي، وإنما الغوص في أعماق البناء التحتي. ومن أجل ذلك نقوم بعرض المقابلة الإكلينيكية ذات رؤوس الموضوعات الهادية فيما يلي:



الشكوى الحالية:

يشعر المفحوص بإحباط شديد من كل شيء يحيط به، وهذا الإحباط ليس من الظروف والأحداث الحالية فقط، بل من الأحداث الماضية التي تعرض لها. وما يشعره بالإحباط ليس كونه يقف أمامها مكتوف اليدين، وإنما لأن ما يقوم به من أفعال تبوء في النهاية بالفشل، فهو يائس لهذا اليأس، لأنه يظن أن كل ما ينبغي أن يفعله قد قام به على أكمل وجه، فالقضية في نظره ليست جهدا وفعلا، وإنما أقدار وحظوظ.

ويعتقد المفحوص أن السعادة في الحياة تعتمد على المصادفة والحظ، وأن كثيرا من الآلام كان من الممكن تجنبها لو أنه أدرك ذلك منذ وقت مبكر، فإدراك هذه القضية كان كفيلا بأن يوفر عليه مشقة الجهد والعمل. لكن ما يزيد من ألمه ومشاكله أنه قد عرف ذلك أخيرا، وأن الحظ لا يأتي في جانبه كأنه اعتاد أن يبتعد عنه، ويرى المفحوص أنه اتجه إلى المقامرة للتخفيف من آلامه والقضاء على ما يشعر به من فراغ، ثم بدأ ينظر إليها على أنها قد تحقق له ما لم يستطع تحقيقه في سنوات كثيرة، وما أن اتضح له أن أضرار المقامرة أكثر بكثير من فوائدها، حاول الهرب منها، لكنه وجد نفسه بدلا من أن يهرب منها، يهرب إليها، فالذي يعذبه ضعفه الشديد أمام المقامرة، هو إنسان يملك من الإرادة ما يجعله يفعل الكثير، لكن هذه الإرادة تبدو عديمة تماما أمام المقامرة.

الأسرة واتجاه المفحوص منها:

ليس للمفحوص أسرة يعيش معها، فالأم متوفاة منذ عشرة أعوام، وإن كان الأب على قيد الحياة فإنه في نظر المفحوص قد مات منذ سنوات طويلة، إذ إنه «انفصل» عن الأم ولم «يطلقها» منذ عشرين عاما إبان كان المفحوص في السنة الأولى من المرحلة الابتدائية. وللمفحوص أخوان: إحداهما أنثى، وهي الكبيرة، تخرجت في كلية التربية وتعمل هي وزوجها في أحد البلدان العربية أما الآخر فيعمل هو أيضا في أحد البلدان العربية، ونادرا ما يعرف أخبارهما، إذ تبدو العلاقة بين المفحوص وأخويه شبه منعدمة. هذا وقد كانت الأم تعمل مديرة لإحدى المدارس الابتدائية، وقبل أن تموت تركت ثروة لا بأس بها لأولادها، وكذلك لزوجها المنفصل عنها، وقد أخذ الزوج كل حقوقه في

الميراث على الرغم من ثرائه الكبير، حيث كان من رجال الأعمال في مجال الاستيراد والتصدير، وهو الآن متزوج وله أبناء من زوجته الثانية، ولم يتجاوز عمره الخامسة والخمسين.

أما عن علاقة المفحوص بأبيه، فهي علاقة معدومة تماما، فنادرا ما يلتقيان، وما أشبه لقاءهما بلقاء الأعداء، فهو يكرهه بشدة، بل وينتظر وفاته، وذات مرة صرح له بذلك.

وعن علاقة المفحوص بالأم: كانت علاقة طيبة للغاية، إذ يرى أنها عانت كثيرا لكي تحقق لهم الحياة السعيدة، كما أنه كان كثير العطف عليها؛ كي يعوضها عن انفصال أبيه عنها، وكلما كان يراها مستضعفة، زاد حقده على أبيه. وقد أدت وفاة الأم إلى صدمة كبيرة لدى المفحوص.

وعن علاقته بأخويه، يشير المفحوص إلى أنها كانت علاقة قوية جدا في أثناء وجود أمه، أما بعد وفاتها فقد ظلت العلاقة قوية لفترة محدودة، ثم ما لبثت أن أصبحت معدومة تماما، وشابها كثير من المشاكل قبل سفرهما للعمل في إحدى الدول العربية، حتى أن المفحوص فرح كثيرا بسفرهما للخارج تجنبا للمشاكل.

الطفولة:

يشير المفحوص إلى أن مرحلة ما قبل الدراسة، كانت تعبر عن تناقض في المعاملة ما بين الأب والأم، إذ كان الأب على النقيض تماما من الأم، كثيرا ما يقسو عليه ويعاقبه على أتفه السلوكيات.

ويرى المفحوص أن الأب كان يعاقبه في بعض الأحيان عنادا للأم، التي كانت كثيرة الشجار معه بسبب ضربه إياه وعقابه، ويذكر المفحوص أن شجارا عنيفا حدث بين الأب والأم نظرا إلى أن الأب قام بعقابه عن طريق الكي بالنار.

أما علاقة المفحوص بأمه في أثناء الطفولة، فكانت علاقة دافئة مليئة بالحنان والعطف؛ كانت الأم تقابل قسوة الأب بحنان مفرط، يتمثل في تلبية كل رغبات المفحوص ومطالبه، في أي وقت وبأي طريقة.

وكانت مرحلة المدرسة في البداية شديدة الصعوبة، إلا أنها كانت من أفضل المراحل فيما بعد. فقد كانت الأم مديرة المدرسة، فالجميع يهتمون به ويلبون له كل رغباته، وكان ذلك لا يقف عند المدرسين والمدرسات، بل يمتد إلى الطلاب أيضا. ويرى المفحوص أن مرحلة المدرسة أتاحت له الانطلاق والحرية ورؤية عالم

آخر مملوء بالخبرات، كما أنها كانت فرصة للابتعاد عن الأب وقسوته؛ إذ كان يترك للأم المسؤولية الكاملة في تعليمه، على اعتبار أنها تعمل عملا تربويا كمديرة لإحدى المدارس الابتدائية، وذلك إلى أن حدث الانفصال بين الأب والأم في منتصف السنة الأولى من المرحلة الابتدائية، وإن كان هذا الحدث قد أفرحه كثيرا إلا أنه بعد ذلك حزن حزنا كبيرا لأنه لم يسعد الأم، ورأى أنها لم تعد سعيدة وغابت عنها مظاهر السعادة والفرح، وذلك على الرغم من المشاكل الكثيرة مع الأب، وفي هذه المرحلة كان المفحوص منطويا على نفسه ولا يحب الاختلاط بالأصدقاء في المدرسة، وكان يفضل أن يظل بجوار أمه طوال الوقت.

وبالنسبة إلى التبول اللاإرادي، يذكر المفحوص أنه استمر إلى وقت متأخر، وكان ذلك يسبب له كثيرا من الألم، ولم يُضبط التبول اللاإرادي إلا مع بداية المرحلة الإعدادية.

وفي ما يتعلق بالكلام، يذكر المفحوص أنه كان مبكرا لديه، فقد كانت الأم تدربه كثيرا على مخارج الألفاظ والكلمات، أما المشي فقد كان متأخرا بعض الشيء مقارنة بالكلام، وإن كان قد حدث مبكرا عن أطفال كثيرين كانوا في مستوى عمره. وبالنسبة إلى الفطام فقد حدث في السن الطبيعية له (عامين)، وكانت الأم تذكر له أن فطامه قد مر بصعوبة بالغة، إذ فقد المفحوص الشهية للطعام وتعرض لكثير من الأمراض، وكانت عصبيته بالغة وكثير العناد، حتى أن الأم كانت تفكر في التراجع عن الفطام، لكنها عدلت عن هذا الرأي. ويذكر المفحوص أن الأم كانت تنظر إليه في هذه الفترة على أنه رجل ناضج وليس طفلا؛ إذ كان يتصرف نحوها تصرف الكبار، فكان لا يحب الجلوس معها ويرفض منها كل العطايا المادية، حتى أنه في بعض الأحيان لم يرغب في النوم معها في سرير واحد، كل ذلك بسبب الفطام.

التعليم:

لقد حصل المفحوص على المؤهل الجامعي، حيث تخرج في كلية التربية النوعية ولم يكن هذا هو طموحه، فقد كان يرغب في الالتحاق بكلية الهندسة قسم الإلكترونيات، وكان من أثر ذلك أن تعثر في المرحلة الجامعية، نظرا إلى أنه لم يكن يحب الكلية ولم تكن تمثل طموحه. ويشير المفحوص إلى أنه كان متفوقا في المرحلتين الابتدائية والإعدادية، والفضل في ذلك

يرجع إلى الأم التي كانت قبل أن تكون أمًا، تملك مهارة تربوية من الدرجة الأولى. لكن انخفض المستوى التعليمي من بداية المرحلة الثانوية، وذلك لوفاة الأم في هذه المرحلة؛ إذ أصبح كل شيء في نظر المفحوص عديم الفائدة ولا طائل من ورائه. وكان كل اهتمام المفحوص في هذه المرحلة بأصدقائه، الذين كان يرى فيهم البديل عن كل الهموم التي تعرض لها. ويذكر المفحوص أنه في هذه المرحلة تعلم ممارسة القمار، وإن كان في البداية لم ينظر إليها على أنها مقامرة؛ إذ كان اللعب من أجل التسلية وإضاعة الوقت والتنافس الشديد، وتنوعت الممارسة بين ألعاب الكارت (الكوتشينة) والطاولة، والدومينو، وتنس الطاولة، وكان اللعب على أشياء عينية، إلى أن أصبح في النهاية على المال فقط.

العمل:

يعمل المفحوص مدرسا للكمبيوتر في إحدى المدارس الريفية، وهو لا يرضى عن هذا العمل، إذ يرى أنه لا يفقه شيئا في الكمبيوتر، فكيف يقوم بتدريسه! ويذكر المفحوص أنه على الرغم من انتظاره للعمل بلهفة، إلا أنه الآن أصبح يتمنى أن يعود عاطلا من جديد، إذ إنه لا يحصل على أي مقابل من عمله، فهو ينفق في المواصلات أكثر مما يتقاضاه من راتب شهري.

ونظرا إلى أنه لا يرغب في طبيعة عمل كهذا، فهو دائم الشجار مع زملائه ورؤسائه في العمل، وكم من الجزاءات نالها بسبب ذلك، ومع ذلك لا يتوقف عن التمرد على العمل.

الإقامة:

يقيم المفحوص بمفرده منذ الطفولة وحتى الآن، وعلى الرغم من أن هناك منزلا للعائلة في الريف فإنه لم يذهب إليه منذ طفولته، فهو لا يحب القرية وأهل القرية.

الحوادث والأمراض:

من الحوادث التي يتذكرها المفحوص في الطفولة، تلك التي كانت في الطفولة المتأخرة وهو يناهز الثالثة عشرة من العمر، إذ إنه وقع من الأرجوحة في أثناء عيد الفطر.

أما بالنسبة إلى الختان فقد تأخر حدوثه إلى سن السابعة، لأن الوالدة كانت تخشى عليه من ذلك، وكان ذلك سببا لكثير من المشاكل بينها وبين الزوج، وفي النهاية اضطرت الأم إلى إجراء الختان رغما عنها. ويذكر المفحوص أنه عندما حدث الختان ظل بعيدا عن الأم لا يتحدث معها لفترة طويلة.

ومن الحوادث الأخرى للمفحوص، ما جرى له في أثناء لعب كرة القدم، حيث وقع على ركبتيه وتكوّن على قدمه كثير من المياه، وأجريت له عملية جراحية شديدة الصعوبة، وحدث ذلك وهو في المرحلة الثانوية.

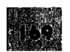
الحقل الجنسي:

عادة ما نجد الأفراد في حديثهم عن الحقل الجنسي يشعرون بالخجل، وربما لا يتحدثون صراحة، لكننا مع هذا المفحوص نجد العكس من ذلك، إذ إن المفحوص يتحدث بطلاقة ومن دون خجل عن الجنس وعن ممارسته له. فيذكر أنه قبل سن البلوغ كان يسمع الكثير عن بعض الممارسات الجنسية، لكنه كان يشعر بالذنب لمجرد سماع هذه الأحاديث من دون أن يكون طرفا فيها، ويرجع ذلك إلى التربية الأخلاقية الصارمة من جانب الأم. ومع وفاة الأم ودخول المفحوص مرحلة البلوغ، كان النشاط الجنسي المتمثل في الاستمناء. وفي مرحلة لاحقة تحول ذلك إلى علاقات بالجنس الآخر. ولكن الشعور بالذنب على هذه الأفعال أقل ما يوصف به أنه عنيف جدا، وكان يوبخ نفسه كثيرا على ذلك. وقد اتخذ بعض الاحتياطات التي تحول بينه وبين ممارسة الجنس، كعدم الرد على المكالمات التلفونية، وتجنب الجلوس وحيدا في المنزل، والحرص على الجلوس مع الأصدقاء لفترات طويلة في المنزل؛ لكي يمارسوا المقامرة.

ومثل المفحوص هنا كالمستجير من الرمضاء بالنار، أو أنه يدافع بالمرض ضد المرض.

موقفه من الحياة:

الحياة في نظر المفحوص تسير من سيئ إلى أسوأ، فهي صعبة وتكاد تكون في بعض الأحيان مستحيلة، ويذكر المفحوص أنه لو كان هناك مكان آخر غير هذه الدنيا لما تردد في الذهاب إليه، وكثيرا ما يسأل المفحوص نفسه: لماذا نحن في هذه الدنيا، ولماذا نوجد على مثل هذه الصورة السيئة، خاصة أن الله ليس بحاجة إلينا؟ إن الحياة سيئة لأنه ينظر إلى



كل ما فيها على أنه سيئ؛ فالأصدقاء أصبحوا أعداء، والأحباب أصبحوا من العملات النادرة، والأماني تحولت إلى آلام، والأحلام تحطمت على أرض الواقع.

وبالنسبة إلى العادات اليومية والحياتية للمفحوص، فهي محصورة في الذهاب إلى المقهى، هذا بالإضافة إلى ممارسة المقامرة يوميا، سواء في المنزل أو على المقهى أو في أثناء ممارسة رياضة تنس الطاولة والبلياردو.

الأحلام:

يشير المفحوص إلى أنه ليس ثمة أحلام بالنسبة إليه، بل ثمة كوابيس مزعجة، ولكن من الأحلام التي يتذكرها جيدا ـ على رغم أنه حدث مرة واحدة ـ ذلك الحلم الذي يريد بشغف تفسيرا له:

«كنت أسير متوجها إلى شقتي وأنا عاري الجسد، وقبل أن أصعد سلم العمارة، وجدت ورقة على شكل إعلان كبير، مكتوبا عليها: أرجوك لا تصعد إلى الشقة ثانية، وإذا بي أجد الورقة من إمضاء والدتي، وبعد قراءتها أجد أبي ينظر إليّ من الشرفة مناديا عليَّ وقائلا: هيا اصعد (وفي الحلم لم يكن أبي مكروها بالنسبة إليّ كما هو في الواقع)، وصعدت السلم، وقبل أن أدخل الشقة أدركت أنها ـ والشقة فقط ـ سوف تنهار بمجرد دخولي إليها، ومنذ ذلك الحين لم أستطع النزول ثانية إلى الشارع؛ لأنني عاري الجسد وأخشى أن يشاهدني الآخرون، فدخلت الشقة ووجدت أبي قد لقي مصرعه؛ فانهارت الشقة ومات الجميع».

تفسير الحلم

إذا كان «فرويد» يقول لنا إنه لا يمكن تفسير حلم دون مستدعيات، فإن المفحوص يذكر أن هذا الحلم من المحتمل أن يكون قد جاء إليه بعد أن قضى ليلة سوداء في المقامرة، خسر فيها ما يقرب من (٩٠٠) جنيه، وأنه في هذه الليلة أخذ على نفسه عهدا ألا يعود ثانية إلى المقامرة، وقد كان ذلك في شقته، وبعد أن انتهى الجميع من اللعب، ظل وحيدا للصباح يؤنب نفسه ويلومها على ذلك.

ونحن قبل أن نفسر هذا الحلم لا بد من أن نشير إلى أن فرويد يرى أن الحلم تحقيق رغبة، وأن تفسر حلما معناه أن تحدد له «معنى ما»، أي أن تستبدل به شيئا آخر ينتظم في سلك أفعالنا النفسية كحلقة لها من القيمة والشأن مثل ما لغيرها، فلكل حلم مغزاه وإن خفي هذا المغزى.

والحلم الذي نحن بصدده يعبر عن رغبة المفحوص في التوقف عن المقامرة كمحاولة للتخفف من الشعور بالذنب، والخوف من «أنا أعلى» شديد الصرامة، وأنه يعيش حالة التناقض الوجداني بين الانصياع لرغبات «الهو» ومتطلباته، والأنا الأعلى بأوامره، كما يوضح الحلم أيضا أن المسؤولية الكاملة عما يعانيه المفحوص من آلام المقامرة إنما ترجع إلى الأب، الذي وضعه الحلم في شكل الباعث على الغواية، وفي مستوى آخر يوضح الحلم أن المفحوص يتخذ من المقامرة وسيلة للهرب من مشاكله المتعددة، وبخاصة الجنسية منها، ويتضح ذلك من خلال تناول مفردات الحلم.

«الشقة» التي يتحدث عنها المفحوص هي مكان المقامرة، إذ يذكر المفحوص أنه كثيرا ما كان يمارس المقامرة فيها، نظرا إلى أنه يقيم بها بمفرده. أما التحذير الذي وجده من جانب والدته، فهو يشير إلى نوع من الاستعارة المكنية، فقد حذف المشبه (الأم) وأتى بالمشبه به (الإعلان)، وذلك إشارة منه إلى غياب الأم، التي يمثل في محتوى آخر وفاتها، وكان هذا الإعلان بمنزلة استرجاع لما كانت توصي به الأم من أخلاقيات، ونظرا إلى أنها كانت حريصة على أن تربي أبناءها تربية أخلاقية؛ فقد أشار إلى أن تحذيرها المكتوب كان على شكل إعلان كبير.

والحلم هنا يشير إلى أن الأم هي مصدر النصح والإرشاد، وأن الأب يمثل «الغواية»، كأن المفحوص يلقي بذلك باللوم على والده في أنه السبب لما آلت إليه حاله من ممارسة المقامرة، فهو الذي دفعه إليها، ويبدو ذلك في الحلم في العبارة القائلة: «... يناديه اصعد»، فالأب يرمز إلى المقامرة، والدليل على ذلك أن المقامر في الحلم كان يحب والده كثيرا، على عكس ما هو في الواقع. ويوضح لنا المفحوص ذلك في أنه على الرغم من كراهيته للمقامرة فإنه يحبها، ولكن ماذا يعني أنه (عاري الجسد)؟ إن ذلك يشير إلى الحياة الجنسية لدى المفحوص، وإلى أنه اتخذ المقامرة بديلا عن الجنس، فهو يقول: «القمار هو الشيء الوحيد الذي يجعلك تنسى نفسك وتنسى الجنس، بل والدنيا بأسرها»، فهو لا يقبل أن يكون جنسيا، بل يرغب في أن يكون مقامرا، وإن كان يبغض الاثنين معا، وهذا ما وضحه الحلم في العبارة القائلة: «لا يريد أن يعود إلى الشارع عاريا»، أي أنه لايريد العودة إلى الجنس. وينظر المفحوص إلى المقامرة على أنها انهيار للذات، وهو ما يتضح



في العبارة «وسوف تنهار الشقة دون باقي العمارة»، فكيف تنهار شقة واحدة وتظل بقية العمارة على حالها من دون انهيار؟ ويتضح أيضا أن المفحوص على علاقة سيئة بأبيه وأصدقائه، وهو ما اتضح في الحلم عندما أصر على أن يدخلوا الشقة معه، على الرغم من علمه بأنها سوف تنهار. ويرمز موت الأب في الحلم قبل أن تنهار الشقة إلى أن المفحوص يرى أن أباه قد مات بصورة رمزية بالنسبة إليه، على الرغم من أنه مازال حيا، وذلك لحظة انفصاله عن الأم، ويشير انهيار الشقة ـ في مستوى آخر ـ إلى رغبته في القضاء على المقامرة، لكن انهيارها عليه يشير في محتوى آخر إلى أنه لو تخلص من المقامرة لتخلصت هي منه أيضا.

وتبدو مفردات هذا الحلم بصورة واضحة لأن التكثيف كان قليلا؛ فكانت الرغبة واضحة تماما، وهذه هي طبيعة الأحلام من نوع الكوابيس؛ إذ تبدو الرغبة واضحة فيحاول الأنا الأعلى جاهدا القضاء على هذه الرغبة بتخويف الأنا؛ فيظهر الحلم في صورة كابوس.

الحالة الثانية

تعريف بالمفحوص

«هـ. ن» شاب في الثانية والثلاثين من عمره، تخرج في كلية التجارة، لديه من الأحداث الحياتية الصادمة ما جعل منه نهبا للقوى الخارجية والصراعات الداخلية، فتنازل عن إنسانيته ولم يلبث أن وجد نفسه مستبعدا تماما من ذاته، يعيش حالة من التناقض الوجداني، إذ ينكر باستمرار كل ما يصرح به ويصرح لنا بما ينكره، الضمير ولد في قلبه، لكنه مات على أعتاب الموائد الخضراء، يضيع وقتا كبيرا للحصول على المال، ولكنه أيضا يضيع كثيرا من المال لتضييع الوقت، فهو لا يحب إلا المال، وجمعه ثم يبدده بالمقامرة، فالمال في نظره قد خلق من أجل أن نقامر به. يرى أن ترك المقامرة أمر ممكن، أما أن تتركه فهذا مستحيل. وعلى رغم ذلك تجد هذا المفحوص حاد الذكاء ونافذ البصيرة، يفكر بعمق، لكنه يتصرف بحماقة وغباء، مثله كطبيب كل عملياته ناجحة لكن مرضاه يموتون، وفوق هذا كله تجده قد قضى النصف الأول من حياته يفكر جيدا في النصف الثاني، وإذ به في النصف الثاني يبكي على ما ضاع في النصف الأول.

من أجل ذلك كله كان لابد لنا من أن نسبر غور إمكاناته البشرية، واستعداداته النفسية وحقيقة غاياته وطريقة استجاباته وأسلوب حياته، وذلك عن طريق شيء من التأمل والاستنباط والاستنتاج والتفكير العلمي والوعي بفردية الحالة، تلك التي تتيحها لنا المقابلة الإكلينيكية ذات رؤوس الموضوعات الهادية.

الشكوى الحالية:

تتمثل الشكوى الحالية للمفحوص في قهر المقامرة له، فهو لا يجد منها بدا، وكذلك لا يجد منها مهربا، كذلك يشعر المفحوص بخيبة أمل كبيرة، فقد تخطى عمره الثلاثين، وأصبح تحت الأربعين ولم يحقق شيئاً بعد، كما يعاني المفحوص الشعور بالوحدة وبعض الاضطرابات الأسرية، خاصة مع الأب، الذي هو في الأساس زوج الأم، وفي الوقت نفسه العم الأكبر له. فقد مات والده وهو في الشهر السادس من العمر، وتزوج العم الأكبر والدته.

الأسرة واتجاه المفحوص منها:

تتكون الأسرة من زوج الأم (العم) والأم والمفحوص، فالحالة التي بين أيدينا حالة وحيدة: ليس له إخوة، الأم ربة منزل، وزوج الأم يعمل موظفا في مديرية الزراعة وله محل للبقالة، وعن علاقة المفحوص بالأسرة نجد أن العلاقة بزوج الأم (العم) كانت في الطفولة وحتى الجامعة مضطربة للغاية، فقد كان كثير الضرب له، لا يمنحه سوى القليل من النقود، كما كان يلزمه صيفا وشتاء بإدارة محل البقالة، مع أن هذا المحل كان ميراثا ويشترك فيه بقية الأعمام، لكنه كان الوحيد الملتزم بجميع شؤونه وإدارته.

أما عن علاقة المفحوص بأمه فكانت علاقة طيبة، إذ كانت تخفف عنه الكثير من الآلام التي كان يتعرض لها من جانب الأب.

أما يرى المفحوص أن علاقة الأم بزوجها كانت مضطربة لفترة طويلة من الزمن، فقد كان يرغب في الإنجاب؛ لكنها اشترطت عليه قبل الزواج عدم الإنجاب حرصا على ابنها، وكان ذلك مبعثا لمشاكل كثيرة، وفي النهاية قررت الأم الإنجاب، لكن اتضح أن الزوج ليست لديه القدرة على الإنجاب، وبعد أن أدرك الزوج عدم قدرته على الإنجاب تحسنت علاقته بالأم وبالمفحوص أيضا.

الطفولة:

يرى المفحوص أنه لم يعش طفولته، فلقد فقد حنان الأب؛ إذ كان الزوج كثيرا ما يرى أن الحنان يفسد الطفل، وكثيرا ما كان يعنف الأم على عطفها وحنانها المفرط عليه.

وقد كانت مرحلة المدرسة بالنسبة إلى المفحوص مرحلة صعبة، كان يشعر فيها بالنقص والدونية عن بقية زملائه، وكان يفضل ألا يكون له أصدقاء.

وبالنسبة إلى التبول اللاإرادي، يذكر المفحوص أنه عانى الكثير من التعقيدات بسبب التبول اللاإرادي، فكان زوج الأم يعنفه بشدة على هذا التبول، لدرجة أن المفحوص كان يقوم مفزوعا من فراشه ظنا منه أنه تبول على نفسه، وكانت المشكلة التي تقابله يوميا هي: هل ابتل الفراش أم لا؟ وأحيانا كان يقوم بتغيير ملابسه وفراشه سرا إذا كان مبتلا، حتى لا يعاقبه زوج الأم. وبالنسبة إلى الفطام فقد كان طبيعيا وفي العام الثاني. وكذلك كانت الولادة طبيعية أيضا.

التعليم:

أكمل المفحوص دراسته الجامعية وتخرج في كلية التجارة، وكانت مراحل التعليم بالنسبة إليه نوعا من الضغط المستمر، فكثيرا ما كان زوج الأم يعاقبه - باسم التعليم - على عدم استذكار دروسه، ويعاقبه أيضا على عودته متأخرا من الجامعة، ويعاقبه أيضا على النجاح دون تفوق. وكانت المشكلة التي تواجه المفحوص هي كيفية التوفيق بين العمل في البقالة وتحصيل الدروس المدرسية أو الجامعية. كما يذكر المفحوص أنه لم يكن متوافقا مع دراسته، وكان يحقق النجاح بصعوبة، كذلك لم يكن متوافقا مع زملاء الدراسة، فقد كان هناك زملاء، ولم يكن هناك أصدقاء.

العمل:

يعمل المفحوص حاليا في إدارة محل البقالة الخاص بالأسرة، وكم يتمنى أن يترك هذا العمل؛ لأنه يرى أنه لا يليق به أو بمؤهله الجامعي أو بطموحاته، وقد سنحت له الكثير من الفرص للالتحاق بأعمال أخرى، لكنه رفضها لقلة العائد المادي لها، وهو بحاجة إلى المزيد من المال لتحقيق أهدافه وطموحاته.

الإقامة:

يقيم المفحوص مع أسرته، ويقضي أغلب الأوقات في العمل أو على المقهى، ولا يعود إلى المنزل إلا للطعام أو النوم.

الحوادث والأمراض:

لم يتعرض المفحوص للحوادث والأمراض إلا على النطاق الطبيعي، الذي يحدث لغالبية الأفراد في الطفولة أو المراهقة أو مرحلة الرشد التي يعيشها. ولكن هناك حادثة جرت له إثر مشاجرة مع زملاء المقامرة، انتقل على أثرها إلى المستشفى، فقد أصيب بضربة سكين في رأسه.

الحقل الجنسي:

كان المفحوص ينظر إلى الأمور الجنسية قبل سن البلوغ بمنظار العيب والحلال والحرام والخجل أيضا، لكنه الآن ينظر إليها باعتبارها أمورا طبيعية يجب أن يمارسها بشيء من الحرية، كما أنه يتحدث عن الأمور الجنسية بشيء من المرونة والتحرر، إذ يذكر أنه يمارس الاستمناء ويشاهد الأفلام الجنسية، ولديه الكثير من المعجبات من الجنس الآخر، وعندما تناقشه وتجادله بأن مثل هذه السلوكيات لا يقرها المجتمع والمعايير الدينية والاجتماعية، تجده يجيب بأن الجنس من الأمور الطبيعية، وهو لا يرضى بديلا عن أن يكون إنسانا طبيعيا.

ويزداد تطاول المفحوص أكثر من ذلك، إذ يحاول أن يقنعك بأن الجنس الحرام هو ما يكون عن طريق الاغتصاب. ويفتخر المفحوص بهذه الأفكار، فتراه يؤكد قائلا: «ثلاثة لا أستطيع أن أقاومها: الجنس والقمار والموت».

موقفه من الحياة:

الحياة في نظر المفحوص سلسلة من الصراعات المستمرة التي لا نهاية حاسمة لها؛ فهي مليئة بالتوتر والقلق وخيبة الأمل والصراع، وهي بجانب ذلك محبطة ولا نجني من ورائها سوى الهم والحزن وانتظار الأمل، ومن الأفضل أن يكون الإنسان أقوى من الحياة حتى لا تدوسه الأقدام، كما أنه يرى أن كل ما ينادي به الناس من الأخلاق والذمة والشرف كلها أمور خيالية، حتى أن البشر ـ في صراعهم وسعيهم الدائم وراء الدنيا ـ نسوا أو تناسوا أنهم بشر فصاروا كالحيوانات أو الحشرات الصغيرة.



وبالنسبة إلى العادات الحياتية للمفحوص فإنها لا تشمل إلا المقامرة، وعلى الرغم من أنه يعلم ضررها فإنه لا يستطيع التخلص منها.

الأحلام:

لقد ذكر المفحوص العديد من الأحلام، لكننا آثرنا الحلم الآتي لما له من دلالة تبدو واضحة بعض الشيء، وتعبر عن البناء التحتي للمفحوص... يقول المفحوص:

«حجر مربع كبير يتدحرج في الصحراء الواسعة ويقتل حشرات كثيرة، والغريب أن كل حشرة لا تتحرك من مكانها، وإنما هي في ثبات شديد دون مقاومة، وتنتظر ماذا عساه أن يفعل بها القدر، ويتحرك الحجر مرة وينتظر بعض الشيء ليتحرك ثانية، وفي كل حركة يقتل حشرة، وعلى رغم علمي بأن الحجر ربما يتحرك نحوي ويقتلني لم أقاوم رؤية هذا المشهد المثير. ثم يأتي رجل ضخم، قوي البنية والعضلات يقول إنه من الشرطة، ولديه أمر بإبعادي عن هذه المنطقة».

تفسير الحلم:

بالنسبة إلى مستدعيات الحلم، يذكر المفحوص أنه في أثناء الحلم كان بالفعل يحمل اسما آخر غير اسمه الحقيقي، وهو «عبد الرحمن»، لكنه لم يعرف بقية الاسم. ويقول المفحوص: ربما كان الحلم عن الحشرات لأنه يكره الحشرات بشدة، أما التفسير العلمي لهذا الحلم فقد يكون على النحو التالي:

الحلم يعبر عن صراعات الطفولة خاصة العلاقة بالأب، كما يوضح امتداد تلك الصراعات في الكبر لتشمل الأب وزملاء المقامرة، ويتضح ذلك من خلال ما نعرضه من مفردات الحلم:

«حجر مربع كبير»، وهو ما يشير إلى زهر «النرد» المستخدم في لعبة الطاولة التي كان يدمنها المفحوص، وما يؤكد لنا أن الحجر يرمز إلى زهر «النرد» هو وصف المفحوص للحجر بأنه «يتدحرج». «في الصحراء»، الصحراء هنا رمز للمربع الخشبي للطاولة نفسها، ولكن اتساع المربع الخشبي لا يعبر عن صحراء، فلماذا كان التشبيه بالصحراء؟

لقد كان التشبيه بالصحراء لأن الطاولة ذات مربع خالٍ أيضا، كما أن الصحراء خالية وذات حياة قاسية ومخيفة والموت فيها قريبٌ من الإنسان، وربما كان هذا التشبيه رسالة يريد أن يقول من خلالها إن المقامرة تقتل الفرد وتقتل أصدقاءه معا.

وفيما يتصل بـ «الحشرات» فهي استعارة مكنية عن الناس، فغالبا ما كان يشبه الناس بالحشرات.

أما «الشرطي الضخم» فإنه رمز لزوج الأم من ناحية، ومن ناحية أخرى فهو يرمز إلى الأنا الأعلى. فقد كان زوج الأم قوي البنية ويصل طوله إلى ما يقرب من مترين.

والحلم هنا يحقق رغبة المفحوص في الانتقام من زملاء اللعب الذين شبههم بالحشرات، فقد جعلهم لا يتحركون على رغم أن خطر الموت يقتلهم واحدا تلو الآخر، وهو ما يشير إلى الطبيعة الفردية للعبة «الطاولة»؛ إذ إنه يرغب في قتلهم وخسارتهم واحدا وراء الآخر فيقول: «... يتحرك الحجر مرة وينتظر بعض الشيء...، وفي كل حركة يقتل حشرة»، أي أنه يقامر وفي كل حركة للزهر تخيب آمال الآخرين، ونظرا إلى أن ذلك يعتمد على الحظ يذكر قائلا: «تنتظر ماذا عساه أن يفعل بها القدر». وعلى رغم علمه بأن المقامرة قد تقضي عليه؛ فإنه يتمسك بها ولا يستطيع أن يتخلص منها «يقتلني ولم أقاوم».

وفيما يتصل برجل الشرطة الضخم، فإنه يرمز إلى زوج الأم الذي كان كثيرا ما يقول عنه «المُخبر»، وفي الحلم حاول أن يهرب منه لرغبته في متابعة ذلك المشهد المثير الذي يشير في مستوى آخر إلى المقامرة، وكأنما لسان حاله يقول: «إنه مهما أوتيتم من قوة فلن تستطيعوا إبعادي عن المقامرة».

وفي الحلم تنكر في اسم آخر لرغبته في الإفلات من عقاب زوج الأم، ولكن لماذا كان بالفعل لا يدرك إلا الاسم الأول فقط؟ ولماذا تغير الاسم ليكون «عبد الرحمن»؟

إن عدم إدراك بقية الاسم يشير إلى الإحباط من موت الأب، وهو في الشهر السادس من عمره، كأن موت الأب قد أدى إلى موت الاسم أيضا، أما اختياره لاسم «عبد الرحمن»، فيرجع إلى عاملين: أن هذا الاسم كان لأحد جيرانه الذي كان يحبه كثيرا، والذي تأثر كثيرا لوفاته، كأن هذه التسمية هي رغبة في إحيائه من جديد. ومن ناحية أخرى يشير الاسم إلى الرحمة والرغبة في نيلها، لأنه كان يفتقدها من كل المحيطين به ولم يجدها أيضا في القيم والمبادئ والأخلاق.

الحالة الثالثة

التعريف بالمفحوص

«ع. ل»: شاب في الخامسة والثلاثين من عمره، حاصل على الإعدادية، ولم يكمل تعليمه المتوسط الذي كان قد انقطع عنه عامين. له من الصفات العقلية والثقافية ما يجعلنا نصفه باللامبالاة التي لم يسبق لها مثيل، وهو بجانب ذلك طيب القلب، لديه من الشعور بالعظمة ما لا يمكن تحمله، وتاريخ حياته بانوراما فشل متكرر، ولا نعرف من أين جاء هذا الشعور بالعظمة، لكنه ربما يكون رد فعل عكسيا للفشل المتكرر، فهو فاشل في التعليم وفي العمل وفي الأصدقاء، بل وفي الحب أيضا. وسوف نحاول أن نتعرف على بعض ديناميات تلك الحالة من خلال المحاور الآتية:

الشكوى الحالية:

يشكو المفحوص من عدم قدرته على التخلص من المقامرة، ويفسر ذلك بأنها ربما تكون الوسيلة الوحيدة التي تساعده على التغلب على مشاكله، كما أنها تنقذه من كثير من الأزمات، إذ إنه كثير الإنفاق، واعتاد على نمط معين من المعيشة لا يستطيع التنازل عنه، هذا بالإضافة إلى أن المقامرة تنقله من دنيا إلى دنيا أخرى، ومع ذلك يود أن يتخلص منها؛ لأن الكثيرين من حوله يريدون ذلك، كما أنه بجانب سعادته بها تلقى منها ضربات مؤلمة وموجعة، ويشعر بأن الآخرين ينفرون منه لكونه مقامرا، ويعترف أيضا بأن المقامرة قد أضرت كثيرا بعمله، وأن زملاءه في المهنة حققوا كثيرا من المال والشهرة والربح على الرغم من أنهم كانوا فيما مضى تلاميذه.

الأسرة واتجاه المفحوص منها:

المفحوص متزوج حديثا من زوجة أمية (لا تقرأ ولا تكتب) ويعيش في منزل الأسرة، والداه توفيا منذ زمن بعيد وهو أصغر إخوته (أربع إناث وذكر واحد)، ليكون عدد أفراد الأسرة ستة أفراد، وقد كان الأب والأم والإخوة كثيري التدليل له ولا يرفضون له شيئا، وبخاصة الأخ الكبير، لكن بعد وفاة الوالدين واتجاه المفحوص إلى المقامرة تغيرت العلاقة تماما، فكانوا كثيري الشجار معه ولا يمنحونه المال، وقد وصل العناد بينه وبين أفراد الأسرة إلى أنه كان يأتي بالأصدقاء للمنزل لممارسة المقامرة.



الطفولة:

طفولة المفحوص كانت ناعمة ومرفهة وأقل ما يمكن أن توصف به أنها مدللة، فكل ما يلزمه من ماديات أو معنويات لابد أن يتحقق، حتى أنه عندما يرتكب أخطاء كبيرة لا يعاقب عليها، ويرى المفحوص أن الذهاب للمدرسة كان من أكثر العوامل المؤلمة بالنسبة إليه، لكن ما كان يجعله يتحمل ذلك هو أن الأب والأم كانا يمنحانه كثيرا من الأموال، وكانت علاقة المفحوص بأصدقائه علاقة منفعة، فكانوا يتقربون إليه حتى ينفق عليهم، كما أنه كان يكره مدرسيه بشدة؛ لأنهم كانوا كثيري الضرب له. وفي المرحلتين الإعدادية والثانوية الصناعية كثيرا ما كان يتشاجر مع مدرسيه. وبالنسبة إلى التبول اللاإرادي يذكر له المحيطون به أنه توقف عنه وهو يناهز الثامنة من عمره، وقد كانت ولادته طبيعية وكذلك الفطام.

التعليم:

المفحوص حاصل على الإعدادية، وقد ترك التعليم بعد السنة الثانية من التعليم الثانوي الصناعي، وذلك بناء على أوامر والده ورغباته الملحة في ترك التعليم، فلم يكن باقيا على امتحان السنة الثالثة من التعليم الصناعي سوى أسبوع، لكنه ترك المدرسة، وكان المفحوص كثير المشاكل في المدرسة مع مدرسيه وزملائه.

العمل:

يعمل المفحوص في ورشة هي في الأساس ورشة والده، ويعمل معه أخوه الأكبر، وهي ورشة متكاملة كانوا يطلقون على والده فيها (الملك)، وبجانب العمل في الورشة، يعمل المفحوص في تجارة السيارات، لكنه فشل في هذا وذلك بسبب المقامرة.

الإقامة:

يقيم المفحوص بمنزل العائلة مع زوجته، وفي المنزل نفسه تقيم أختاه، وهما متزوجتان ولديهما أولاد.

الحوادث والأمراض:

لم يذكر المفحوص أنه تعرض لأمراض من قبل، أو أنه ذهب إلى الطبيب، ويرى أنه يملك صحة قوية منذ طفولته وحتى الآن، إلا أنه أصيب ببعض الأمراض البسيطة في طفولته التي كان يصاب بها جميع الأطفال مثل الحصبة ونزلات البرد والسعال.



الحقل الجنسي:

لا يرى المفحوص أن الجنس يمثل عيبا أو حرجا لأحد، وقد مارس المفحوص الاستمناء منذ وقت مبكر، وكان يفرط فيه بشدة، وفي الماضي لم تكن له علاقات مع الجنس الآخر، ويعتقد أن الأمور الجنسية في الوقت الحالي لم تعد تمثل له قيمة، فبعد الزواج انطفأ الجنس بالنسبة إليه، وربما يكون ذلك من العوامل المسببة لكثير من المشاكل بينه وبين زوجته، خاصة أنه متزوج حديثا.

موقفه من الحياة:

عندما تحاول أن تتعرف على موقف المفحوص من الحياة، ستجد أن ليس لديه موقف محدد، فأحيانا ما يشير إلى أن الحياة صعبة وقاسية، وأحيانا أخرى يرى أنها جميلة وممتعة، كما أنه يرى أن ما يضايقه في الحياة كثرة نواهيها، فهو يريد أن يفعل كل شيء من دون أي قيد أو شرط، وبخاصة المقامرة التي لا يرغب في أن يمنعه أحد عنها، على الرغم من أنه كثيرا ما يرغب في التوقف عنها. وبالنسبة إلى القيم الدينية، يرى المفحوص أنه مقصر جدا في ذلك، فهو لا يصلي ولا يزكي ونادرا ما يصوم، ومع ذلك يرى أنه سيذهب إلى الجنة.

الأحلام:

يرى المفحوص أنه قليل الأحلام، ونادرا ما يحلم ويتذكر حلمه، كما أنه لا يعطي أحلامه اهتماما، فكلها في نظره خرافات لا يعلق عليها أي قيمة.

الحالة الرابعة

تعريف المفحوص

«أ. د»: شاب في الثالثة والثلاثين من العمر، حاصل على دبلوم المدارس الثانوية الصناعية ولا يعمل، تعرض للسجن لمدة ثلاث سنوات بسبب إعطاء شيكات من دون رصيد، يبدو على درجة معقولة من الذكاء، وله من الصفات الجسمانية والعقلية والاجتماعية ما يجعلنا ندرك لأول وهلة أننا أمام حالة مرضية، فالمعتقدات مريضة والأفكار منطقية، لكنها شاذة، وبين هذه وتلك تلمح بين عينيه جميع أنواع الاضطراب والانقسام والحيرة والالتباس، ويتضح ذلك من خلال ما تم في المقابلة الإكلينيكية وهي كما يلي:



الشكوى الحالية:

يعترض المفحوص في البداية على السؤال: ما شكواك؟ إذ يرى أنه من المفروض أن أقول: «ما الذي لم تشكُ منه؟»، فهو يشكو من كل شيء ويخاف من كل شيء، وكل ما يؤلمه أنه يود أن يعود إلى طبيعته وحياته الماضية قبل دخول السجن، كما يشكو المفحوص من تعلقه الشديد بالمقامرة، على الرغم من أنها السبب في دخوله السجن، وعلى الرغم من كراهيته لها فإنها الآن بمنزلة الوظيفة الأساسية له، ويعاني المفحوص أيضا رفض الأسرة والإحساس بالعار الشديد لدخوله السجن.

الأسرة واتجاه المفحوص منها:

في الوقت الحالي نستطيع أن نقول إن المفحوص ليست له أسرة، فهو يعيش مع أحد أصدقائه بعد خروجه من السجن، أما قبل دخوله السجن فكان يعيش مع أسرة مكونة من أب وأم وأربعة إخوة، ثلاث منهم إناث وذكر واحد هو الأكبر، الأب كان يعمل مأمور ضرائب، والأم تعمل مديرة مدرسة إعدادية، الأخوات البنات على درجة عالية من الخلق والتدين، تزوجن جميعهن من رجال دين، وقد كانوا كثيري العطف عليه، بجانب الأب والأم، لكنه كان دائم التمرد والعصيان على رغم أن الطبيعة الفطرية له كانت تشير إلى إنسان على خلق ومبادئ، وتنبع من تصرفاته وسلوكياته جوانب تربوية كثيرة، وعلى الرغم من هذا فقد كان كثير الإعجاب بالمنحرفين وممن هم أقل منه خلقا، وربما يرجع ذلك إلى الأخ الأكبر الذي كان متوحدا معه بدرجة كبيرة، والذي كان على درجة كبيرة من الانحراف، فقد قام بارتكاب العديد من الجرائم الأخلاقية التي تشمل النصب، والجنس، والسرقة والهروب من الخدمة العسكرية، وبجانب ذلك كان لديه من المعتقدات الشاذة المريضة ما لا يمكن أن يتحمله عقل، وعلى رغم ذلك كان المفحوص شديد التوحد معه والإعجاب به. وقد تعرض المفحوص لإحباط شديد بعد وفاة الأب ومن بعده الأم، حيث فقد ركنا أساسيا من أركان بنائه النفسي، الذي اختل مع أول احتكاك له بالانحراف.

الطفولة:

عاش المفحوص طفولة سعيدة مليئة بالعطف والحنان، سواء من جانب الوالدين أو الإخوة، فقد كان الأب عطوفا ودودا، والأم على درجة عالية من الثقافة، ولديها من الأساليب التربوية ما يجعل الفرد سعيدا. وبالنسبة إلى



مرحلة المدرسة، كانت مرحلة سعيدة أيضا، حيث كان المفحوص شديد التفوق في المرحلتين الابتدائية والإعدادية، لكن ما كان يضايقه هو سخرية أصدقائه منه في المدرسة لكونه شديد النحافة. وكانت علاقته بالمدرسين علاقة ممتازة، إذ كانوا يحترمونه لتفوقه العلمي.

التعليم:

حصل المفحوص على دبلوم الثانوية الصناعية بعد رسوبه في الثانوية العامة ثلاث سنوات متتالية، مما أدى إلى إحباطه وإحساسه بالصدمة، فكم كان يتمنى أن يحقق آماله وطموحاته في التخرج في كلية الهندسة ولكنه لم يستطع، ويرى المفحوص أن صدمات التعليم هي السبب الرئيسي للتحول الكبير في شخصيته، وخاصة في المرة الثالثة التي رسب فيها في الثانوية العامة، فقد علم عن طريق الخطأ أنه ناجح، وفي غمرة الفرح أدرك أنه رسب للمرة الثالثة، ومنذ هذا اليوم تحول المفحوص إلى رجل آخر، حيث لا قيم ولا مبادئ ولا صداقة ولا أصدقاء، وأصبح ينظر إلى المجتمع على أنه العدو والباعث على الإحباط؛ فاتجه إلى المقامرة على المقاهي والتوحد مع المنحرفين والإعجاب بهم، يقلد حركاتهم وإشاراتهم وطريقة حديثهم، بل ويفتخر بصداقتهم، وفي أثناء هذه الفترة أهمل التعليم تماما وتعلق بالمقامرة بشدة.

العمل:

المفحوص لا يعمل، سواء قبل الإيداع في السجن أو بعد الخروج منه، وكان ينفق على نفسه من خلال ميراث والديه، ومن خلال ما ينفقه أزواج الأخوات عليه.

الإقامة:

في مرحلة ما قبل السجن، كان المفحوص يقيم مع والديه وأسرته، وبعد أن توفي والداه أقام مع أخيه الأكبر فقط، أما بعد دخوله السجن، فقد أقام مع أحد أصدقائه نظرا إلى أن الأخ الأكبر قد باع الشقة، كما أن أخواته الإناث قد تبرأن منه لدخوله السجن.

الحقل الجنسي:

يذكر المفحوص أن الجنس لم يكن مسيطرا على تفكيره كما كانت الحال لدى كثير من الناس، لكنه يذكر أنه تعرض لمواقف جنسية في السجن لا يريد أن يتحدث عنها؛ لأن أقل ما يمكن أن توصف به أنها «شنيعة».



موقفه من الحياة:

الحياة بالنسبة إلى المفحوص تندرج في كلمتين «يعيش ليقامر»، فهو بلا عمل ومن غير سمعة أو اسم، ولديه من العار ما يكفي، لا يضمن قوت يومه، فهو من الحقارة بحيث إن عقله لا يستطيع أن يملأ معدته، وكل ذلك يمكن أن ينساه ويتكيف معه من خلال المقامرة التي تمنحه بعضا من الطمأنينة والاستقرار عن طريق الرهان والمخاطرة.

وموقفه من الحياة أنه ليس له موقف على الإطلاق، فهو لا يفكر دائما وإنما يتحرك فقط، ولا ينمو وإنما ينتفخ. وكل ما هو سلبي يمكن أن يمثل موقفه من حياته، تلك التي لا يعرف إلى أين تذهب وماذا تخبئ له بعد ذلك.

الأحلام:

يشير المفحوص إلى حلم كثيرا ما كان يأتي إليه وهو في السجن فيقول:

«كنت في الشارع وكان الجو رائعا ومشمسا، وفجأة اشتد المطر ووجدتني أجري بسرعة لتجنب المطر وتفاديه، لكنه كان يلاحقني، وفجأة انقسمت الدنيا إلى منطقة تمطر وأخرى مشمسة، فوجدت نفسي لا أريد الذهاب إلى الشمس، وفضلت أن أكون تحت المطر».

تفسير الحلم:

بالنسبة إلى مستدعيات الحلم، يذكر المفحوص أنه كثيرا ما كان يحلم بهذا الحلم وهو في السجن، كما كان يحلم به أيضا عندما يشعر بالذنب وعذاب الضمير، ويمكن تفسير الحلم في ضوء الديناميات النفسية للحالة من حيث إن الحلم يعبر عن تاريخ حياة المفحوص وكيف أن حياته انقلبت من حياة سعيدة إلى حياة تعيسة، كما يوضح الحلم رغبة المفحوص في الاستمرار في ممارسة المقامرة، على رغم علمه بأنها هي التي قضت عليه وعلى حياته، ويتضح ذلك من خلال مفردات الحلم:

«الجو رائع مشمس» وهو تعبير عن الحياة السعيدة التي كان يعيشها قبل ممارسة المقامرة، وكيف أنها انقلبت رأسا على عقب بعد ممارسة المقامرة «... كان الجو رائعا ومشمسا، وفجأة اشتد المطر». كما يعبر الحلم أيضا عن رغبة المفحوص في مقاومة المقامرة لكنه لم يستطع «... أجري بسرعة لتجنب

المطر... لكنه كان يلاحقني»، ويشير الحلم في النهاية إلى الاستسلام للرغبة المتمثلة في الاستمرار في المقامرة «فوجدت نفسي لا أريد الذهاب إلى الشمس وفضلت أن أكون في المطر».

وقد استخدم المفحوص مفردات لها دلالتها في الحلم، فقد استخدم «الشمس» للتعبير عن الحياة اليومية الصحيحة، فالشمس نور، وغالبا ما نصف الطريق الصحيح بطريق النور، أما طريق الخطأ فغالبا ما نصفه بطريق الظلام، والذي عبر عنه المفحوص، بـ «المطر»، ففي أثناء المطر يختفي النور، ويظهر الظلام، ذلك الذي يعتبر في مستوى آخر رمزا للمقامرة.

الحالة الخامسة

التعريف بالمفحوص

«ب. د»: شاب في الخامسة والثلاثين من عمره، تخرج في المعهد الفني الصناعي، يعيش في أحد الأحياء الشعبية، له أخ واحد فقط يعمل مهندسا، والأب يعمل مدربا لأحد الفرق الكروية. عندما تتجاذب أطراف الحديث مع صاحب تلك الحالة تشعر بأنك أمام أكثر من حالة إكلينيكية، وذلك لشدة تعقيد هذه الشخصية وكثرة إحباطاتها، التي لا تثير فضول الإكلينيكي بقدر ما تثير التعاطف والشفقة، وربما تلتمس لها كثيرا من الأعذار.

الشكوى الحالية:

يشكو المفحوص من الفشل المتكرر في حياته، سواء كان ذلك في الدراسة أو في العلاقات الأسرية، أو في الحب والعمل، أو حتى في المقامرة التي يعتقد أنها الحل السحري لكل مشاكله، ونظرا إلى كثرة ما يتعرض له المفحوص من الفشل؛ فإنه يشعر بالنقص والدونية وخيبة الأمل، ويعاني عدم الشعور بالنجاح، وعدم القدرة على تغيير الظروف من حوله، وذلك منذ الطفولة وحتى الآن، كما يعاني المفحوص عدم القدرة على التخلص من المقامرة، فقد ضيعته وضيعت أمواله، وعلى الرغم من ذلك لا يزال يتمسك بها.

الأسرة واتجاه المفحوص منها:

تتكون الأسرة من الأب والأم والأخ، الأب يعمل مدربا لأحد الفرق الكروية بالدرجة الثالثة، والأم ربة منزل، والأخ تخرج في كلية الهندسة ويعمل الآن في إحدى الدول العربية.



وتبدو علاقة المفحوص بالأسرة صعبة جدا، فهو يكره والده لدرجة كبيرة جدا، بل ويعلنها صراحة ويتمنى موته، فالأب في نظره هو المسؤول الأول والأخير عن فشله في حياته، وذلك بسبب تربيته الخاطئة، فقد كان الأب شديد القسوة عليه وعلى باقي أفراد الأسرة، وفوق هذا لم يتحمل مسؤولية أسرته، بل كان يدفع بأولاده إلى العمل وهم أطفال صغار.

كذلك كانت علاقة المفحوص بالأم علاقة سيئة، فقد كانت شريكة الأب في تلك السياسة والتربية الخاطئة. أما عن علاقة المفحوص بأخيه فكانت علاقة سلبية للغاية، إذ يرى أنه لا يهتم إلا بمصلحته فقط.

الطفولة:

يعتقد المفحوص أنه كان يعيش طفولة يائسة وأقل وصف لها أنها «بائسة»، لا يلعب كما يلعب الأطفال، ومحرم عليه أن يشتهي أي شيء.

وفي مرحلة المدرسة، كان المفحوص يشعر بالنقص والدونية تجاه زملائه، وكان شديد الانطواء والابتعاد عنهم، وذلك حتى نهاية المرحلة الإعدادية، لكن الأمر اختلف في المرحلة الثانوية ومرحلة التعليم في المعهد، تلك المرحلة التي بدأ يتعلم فيها المقامرة، وبالتالي تعلم كيف يكون اجتماعيا حتى يستطيع ممارسة المقامرة.

التعليم:

أكمل المفحوص المعهد الفني الصناعي (نظام العامين)، وكان يتمنى أن يدخل كلية الهندسة، لكنه لم يحصل على مجموع كافٍ يمكنه من ذلك، مما أدى إلى إحباطه، سواء من الإحساس بالفشل أو من كثرة لوم الأب له.

العمل:

يعمل المفحوص في إحدى شركات التبريد، وأحيانا ما يقوم بعمل في أحد الأفران التي تصنع الخبز.

الإقامة:

يقيم المفحوص بإحدى المناطق الشعبية مع والديه.

الحوادث والأمراض:

يذكر المفحوص أنه تعرض في طفولته المتأخرة لحادث دراجة بخارية (موتوسيكل)، مما أدى إلى جرح كبير في الظهر. ويعلق المفحوص على هذه الحادثة بكل غضب قائلا: «بدلا من أن يغمرني الأب بحنانه تعويضا لي عما



ألم بي من جرح، أخذ يضربني». ونظرا إلى موقف الأب لم يستطع المفحوص بعد ذلك أن يقول حتى إنه مريض.

الحقل الجنسي:

يذكر المفحوص أنه لم يعرف أي شيء عن الأمور الجنسية حتى وقت متأخر جدا، وما إن بدأ يدرك طبيعة الأمور الجنسية حتى سيطرت عليه بشكل كبير جدا. وعن علاقته بالجنس الآخر، يذكر أنه أحب زميلة له بالمعهد، وكانت هي كل شيء في حياته وهي التي تخفف عنه الحياة الصعبة التي كان يحياها، وقد مارس المقامرة من أجلها لكي يحصل على كثير من الأموال التي تضمن له الارتباط بها. وعلى الرغم من ذلك لم يرتبط بها، فقد تزوجت غيره وضاعت منه، وبقيت له المقامرة.

موقفه من الحياة:

يرى المفحوص أن الحياة ملعونة، وليس بها مكان للأوفياء أو المخلصين، بل دائما هناك مكان للملعونين، الكذابين، المنافقين، وربما نكون نحن الأوفياء دخلاء على هذه الدنيا، ولكي يتوافق الفرد في حياته عليه أن يقلب القاعدة دائما، فيكذب ولا يقول الصدق، وأن يتعلم كيف يكون منافقا عديم الإخلاص، باختصار، لابد أن يكون الإنسان ذئبا لأخيه الإنسان.

يرى المفحوص أن كثيرا من الأمور في الحياة، تحدث من دون إرادة الإنسان، مثل اختيار أبيه وأمه وعائلته وأصدقائه وفقره أو غناه. حتى المقامرة لم يخترها الإنسان ولكنها هي التي اختارته. وعلى الرغم من أن الإنسان لا يملك من الأمر شيئا، فهو أيضا لا يستطيع التخلص منها مطلقا.

الأحلام:

يشير المفحوص إلى أنه قليل الأحلام، ونادرا ما يحلم ويتذكر حلما له، فقد يشعر بأنه يحلم لكنه لا يتذكر للحلم أي تفاصيل.

ويشير ذلك إلى كثرة التفاصيل في أحلامه، واستخدام لغة الرموز بصورة مبالغ فيها، وهو ما يوضح أن الرغبات في أحلامه رغبات مستهجنة، سواء كان ذلك على المستوى الذاتي أو الموضوعي، مما يعني أن هناك صراعا ما بين المنظمات النفسية الثلاث، (الهو والأنا والأنا الأعلى)، وأن هذا الصراع لم يحسم بعد.

* * * *




المراجـــع

أولاً : المراجع العربية

١ ـ ابن سينا : البرهان، من كتاب الشفاء، الطبعة الثانية، دار النهضة العربية، القاهرة (١٩٦٦).

٢ ـ أحمد زكي بدوي: معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، مكتبة لبنان، بيروت (١٩٨٢).

٣ ـ أحمد عزت راجح: أصول علم النفس، الطبعة الحادية عشرة، دار المعارف، الإسكندرية (١٩٩٩).

٤ ـ أحمد عكاشة: الطب النفسي المعاصر، الأنغلو المصرية، القاهرة (١٩٩٢).

٥ ـ أسعد رزق: موسوعة علم النفس، المؤسسة العربية للدراسات والنشر، بيروت (١٩٨٧).

٦ ـ انتصار يونس: السلوك الإنساني، دار المعارف، القاهرة (١٩٧٨).

٧ ـ أنتوني ستور: فن العلاج النفسي، ترجمة لطفي فطيم، دار وليد، القاهرة (ب، ت).

٨ ـ أوتو فينغل: نظرية التحليل النفسي في العصاب، ترجمة صلاح مخيمر وعبده ميخائيل رزق، جـ ٢، الأنغلو المصرية، القاهرة (١٩٦٩).

٩ ـ جان لابلانش وبونتاليس: معجم مصطلحات التحليل النفسي، الطبعة الثانية، ترجمة مصطفى حجازي، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت (١٩٨٧).

١٠ ـ حامد عبد السلام زهران: قاموس علم النفس، الطبعة الثانية، عالم الكتاب، القاهرة (١٩٨٧).

١١ ـ : الصحة النفسية والعلاج النفسي، الطبعة الثانية، عالم الكتاب، القاهرة (١٩٧٨).

١٢ ـ حسام الدين غريب: العلاج السلوكي الحديث، الأنغلو المصرية، القاهرة (١٩٨١).

١٣ ـ حسين سعد الدين: مفهوم الصحة والمرض بين التحليل النفسي والطب النفسي (د، ت).

١٤ ـ : تصميم وتقنين مقياس الدفعات الغرزية الجزئية ـ مؤتمر علم النفس، (٦ ـ ٨) أبريل، كلية الآداب، جامعة الكويت (١٩٩٧).

١٥ ـ : النزعات الغرزية الجزئية وجناح الأحداث، مجلة كلية الآداب، جامعة المنصورة، العدد (١٧) (١٩٩٥).

١٦ ـ حسين عبد القادر محمد: السيكودراما وعلاج مدمني البانجو بين الخيال والمتخيل «برولوج تمهيدي» المؤتمر الأول لعلم النفس، بيروت، لبنان (٢٠٠٠).

١٧ ـ حسين عبد القادر محمد حسين سعد الدين: انحراف الأحداث والسيكودراما، عامر للطباعة والنشر، المنصورة (١٩٩٤).

١٨ ـ حسين عبد القادر محمد وآخرون: موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، دار سعاد الصباح، الكويت (١٩٩٣).



١٩ ـ حسين عبد القادر محمد: العلاج الجماعي والسيكودراما، دراسة في الجماعات العلاجية لمرضى فصام البارانويا، رسالة دكتوراه، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة عين شمس، (غير منشورة) (١٩٨٦).

٢٠ ـ دانييل لاغاش: وحدة علم النفس، ترجمة صلاح مخيمر وعبده ميخائيل رزق، الأنغلو المصرية، القاهرة (٢٠٠٠).

٢١ ـ رشدي فام: علم النفس العلاجي والوقائي «رحيق السنين»، الأنغلو المصرية، القاهرة (٢٠٠٠).

٢٢ ـ رمزية الغريب: التقويم والقياس النفسي والتربوي، الأنغلو المصرية، القاهرة (١٩٧٧).

٢٣ ـ روبرت هاربر: التحليل النفسي والعلاج النفسي، ترجمة سعد جلال، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة (١٩٧٤).

٢٤ ـ زكريا إبراهيم: البنيوية السيكولوجية، في مشكلة البنية، مكتبة مصر، القاهرة (١٩٨٣).

٢٥ ـ ساشاناخت: المازوخية، ترجمة مي طرابيشي، دار الطليعة، بيروت (١٩٨٣).

٢٦ ـ سامية القطان: المقياس المقنن للغرائز الجزئية، الأنغلو المصرية، القاهرة (١٩٨٠).

٢٧ ـ : كيف تقوم بالدراسة الإكلينيكية، جـ١، الأنجلو المصرية، القاهرة (١٩٨٠).

٢٨ ـ سامي محمود علي: ثبت المصطلحات، في، سيغموند فرويد، ثلاث مقالات في النظرية الجنسية، دار المعارف، القاهرة (١٩٨٦).

٢٩ ـ سعد جلال: في الصحة العقلية، الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية، دار الفكر العربي، القاهرة (١٩٨٦).

٣٠ ـ سول شيدلنغر: التحليل النفسي والسلوك الجماعي، ترجمة سامي محمود علي، دار المعارف، القاهرة (١٩٥٨).

٣١ ـ سيغموند فرويد: خمس حالات من التحليل النفسي، الجزء الأول، ترجمة صلاح مخيمر، وعبده ميخائيل رزق، الأنغلو المصرية، القاهرة (١٩٨٧).

٣٢ ـ : الأنا والهو، ترجمة محمد عثمان نجاتي، الطبعة الرابعة، دار الشروق، القاهرة (١٩٨٢).

٣٣ ـ : الموجز في التحليل النفسي، ترجمة سامي محمود علي عبد السلام القفاش، دار المعارف، القاهرة (١٩٨١).

٣٤ ـ : ما فوق مبدأ اللذة، ترجمة إسحق رمزي، الطبعة الثالثة، دار المعارف، القاهرة (١٩٨٠).

٣٥ ـ : التحليل النفسي والفن: «دافنشي وديستويفسكي» ترجمة سمير كرم، دار الطليعة للطباعة والنشر، بيروت (١٩٧٥).

٣٦ ـ : ثلاث مقالات في النظرية الجنسية، ترجمة سامي محمود علي، دار المعارف، القاهرة (١٩٦٣).

٣٧ ـ : تفسير الأحلام، ترجمة مصطفى صفوان، دار المعارف، القاهرة (د.ت).

٣٨ ـ شيلدون كاشدان: علم نفس الشواذ، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة، الطبعة الثانية، دار الشروق، القاهرة (١٩٨٠).

٣٩ ـ صفوت فرج: التحليل العاملي في العلوم السلوكية، دار الفكر العربي، القاهرة (١٩٨٠).

٤٠ ـ صلاح مخيمر (أ): مفهوم جديد للتوافق، الأنغلو المصرية، القاهرة (١٩٨٢).

٤١ ـ (ب): المفاهيم ـ المفاتيح في علم النفس، الأنغلو المصرية، القاهرة (١٩٨١).

٤٢ ـ (ج): من الجنسية بغرائزها إلى العدوانية، الأنغلو المصرية، القاهرة (١٩٨١).

٤٣ ـ (د): رسالة في سيكولوجية الحب، الأنغلو المصرية، القاهرة (١٩٧٥).

٤٤ ـ (هـ): سيكولوجية الشخصية، الأنغلو المصرية، القاهرة (١٩٦٩).

٤٥ ـ : اختبار الحاجات الكامنة «الغرائز الجزئية» د، ن.

٤٦ ـ عادل عز الدين الأشول: موسوعة التربية الخاصة، الأنغلو المصرية، القاهرة (١٩٨٠).

٤٧ ـ عبد الرحمن العيسوي: العلاج النفسي، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية (١٩٧٩).

٤٨ ـ عبد الستار إبراهيم وعبد الله عسكر : علم النفس الإكلينيكي في ميدان الطب النفسي، الطبعة الثانية، الأنغلو المصرية، القاهرة (١٩٩٩).

٤٩ ـ عبد المنعم الحنفي: المعجم الموسوعي للتحليل النفسي، مكتبة مدبولي، القاهرة (١٩٩٥).

٥٠ ـ (أ): موسوعة الطب النفسي، المجلد الأول، مكتبة مدبولي، القاهرة (١٩٩٢).

٥١ ـ (ب): موسوعة الطب النفسي، المجلد الثاني، مكتبة مدبولي، القاهرة (١٩٩٢).

٥٢ ـ (ج): الموسوعة النفسية الجنسية، مكتبة مدبولي، القاهرة (١٩٩٢).

٥٣ ـ (د): موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، الطبعة الرابعة، مكتبة مدبولي، القاهرة (١٩٨٤).

٥٤ ـ عبد المنعم المليجي : النمو النفسي، الطبعة الثالثة، مكتبة مصر، القاهرة (١٩٥٧).

٥٥ ـ علي كمال: العلاج النفسي قديما وحديثا، المؤسسة العربية للدراسات والنشر، عمان (١٩٩٤).

٥٦ ـ عطوف محمد يسن: أسس الطب النفسي الحديث، منشورات بحسون الثقافية، بيروت (١٩٨٨).

٥٧ ـ فاخر عاقل: معجم العلوم النفسية، دار الرائد العربي، بيروت، لبنان (١٩٨٨).

٥٨ ـ فان دالن: مناهج البحث في التربية وعلم النفس، ترجمة محمد نبيل نوفل وآخرين، الطبعة الخامسة، الأنغلو المصرية، القاهرة (١٩٩٤).

٥٩ ـ فخري الدباغ: السلوك الإنساني، مطبعة الكويت، الكويت (١٩٨٦).



٦٠ ـ فرج عبد القادر وآخرون: موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، دار سعاد الصباح، الكويت (١٩٩٢).

٦١ ـ فؤاد أبو حطب، آمال صادق: مناهج البحث وطرق التحليل الإحصائي، الأنغلو المصرية، القاهرة (١٩٩١).

٦٢ ـ فيصل محمد خير: علاج الأمراض النفسية والاضطرابات السلوكية، دار العلم للملايين، بيروت (١٩٨٤).

٦٣ ـ فيلب شملا: لا كان واللغة، في مجلة بيت الحكمة، العدد الثامن، السنة الثانية، دار الخطابي للطباعة والنشر، الدار البيضاء، المغرب (١٩٨٠).

٦٤ ـ كمال دسوقي: ذخيرة علوم النفس، المجلد الثاني، مؤسسة الأهرام، القاهرة (١٩٩٠)

٦٥ ـ : ذخيرة علوم النفس، المجلد الأول، الدار الدولية للنشر والتوزيع، القاهرة (١٩٨٨).

٦٦ ـ كمال دسوقي، محمد بيومي: مقياس المستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة المصرية، النهضة العربية، القاهرة (١٩٨٤).

٦٧ ـ لطفي فطيم: العلاج النفسي الجماعي، الأنجلو المصرية، القاهرة (١٩٩٤).

٦٨ ـ لويس كامل ملكية: علم النفس الإكلينيكي : التشخيص والتنبؤ في الطريقة الإكلينيكية، الطبعة الرابعة، النهضة المصرية، القاهرة (١٩٧٧).

٦٩ ـ محمد أحمد النابلسي: مبادئ العلاج النفسي ومدارسه، دار النهضة العربية، بيروت (١٩٩١).

٧٠ ـ محمد شعلان: الطب النفسي والعلاج النفسي الجماعي د. ت القاهرة (ب. ت).

٧١ ـ محمود حمودة: النفس، أسرارها، وأمراضها، الطبعة الثانية، مكتبة الفجالة، القاهرة (١٩٩١).

٧٢ ـ محمود هاشم الودرني: مدخل إلى الطب النفسي وعلم النفس المرضي، دار الحوار للنشر والتوزيع، سورية (١٩٨٦).

٧٣ ـ مصطفى زيور: في النفس، بحوث مجمعة، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان (١٩٨٦).

٧٤ ـ موريس روكلن: المناهج في علم النفس، ترجمة علي مقلد، مؤسسة نوفل، المنشورات العربية، بيروت، لبنان (١٩٨٣).

٧٥ ـ يوسف مراد: تصدير «جناح الأحداث» جين شزال، ترجمة عبد السلام القفاش، المؤسسة المصرية العامة للتأليف والترجمة والطباعة والنشر، القاهرة (١٩٦٣).



ثانيا : المراجع الأجنبية

76 - **Albert, R. & Mary, H**: Projective Techniques with Children. Grune & Stratton, inc. London, 1960.

77- **American Psychiatric Association**: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th edition, DSM-IV, American Psychiatric Association, Washington, 1994.

78- **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder**, 3rd edition, Revised, DSM-III. R. American Psychiatric Association, Washington, 1987.

79- **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder**, 3rd edition, DSM-III American Psychiatric Association, Washington, 1980.

80- **Anastasia, A.**: Psychological Testing, 5th edition, Macmillan Publishing, Co. In, New York, 1995.

81- **Anderson, G. & Brown, R.**: Some Application of Reversal Theory to the Explanations of Gambling and Gambling Addiction. Journal of Gambling Behavior, 1987. pp 179-189.

82- **Arizona Council on Compulsive Gambling**: Think you may have a compulsive gambling problem, ACCG, USA, 2000

83- **Symptoms of the Compulsive Gambler**, ACCG, USA, 2000.

84- **Arizona Council on Compulsive Gambling**: The four phases of action compulsive gamblers. ACCG. USA, 2000.

85- **Arnold, R.**: Sadomasochism in the Neurosis Conceived as a Pathological Compromise Formation, Journal of the American Psychoanalytic, vol. 39, No. 20, 1999. pp 363-375.

86- **Bannister, G.**: Cognitive Behavior Therapy in a Case of Compulsive Gambling, Cognitive Therapy and Research, vol. 13, 1977. pp 223-277.

87- **Beaudoin, C. & Cox, B.**: Characteristics of Problem Gambling in a Canadian Context: A pilot study using a DMS-IV based question flair, Canadian Journal of Psychiatry. Vol. 44, No. 5, 1999. pp 483-487.

88- **Bebbington, P.**: Sexual Disorder, in Hill, P. et. Al.: Essentials of Postgraduate Psychiatry, Grune & Stratton, New York, 1979.

89- **Bellack, A., et. al.**: Sexual Deviation, International handbook of behavior modification and therapy, Plenum Press, New York, 1982.

90- **Bell, B.**: Personality Dimensions of Pathological Gambler. Gamblers Anonymous Publishing, USA, 1993.

91- **Bell, N. & Bell, R.**: Adolescent risk-taking. Sage Publication, London, 1993.

92- **Bergler, E.**: The Psychology of Gambling, International Universities Press, Hill and Wang, New York, 1970.



93- **Berkowitz, L.**: Aversively Stimulated Aggression: Some parallels and differences in research with animals and humans. American Psychologist. Vol. 38, 1983. pp 1135-1144.

94- **Betcher, R.**: The Treatment of Depression in Brief in Patient Group Psychotherapy, International Journal of Group Psychotherapy. Vol. 33, 1993. pp 365-385.

95- **Black, D. & Moyer, T.**: Clinical Features and Psychiatric Comorbidity of Subjects with Pathological Gambling Behavior, Psychiatric Services. Vol. 44, 1998 No. 11. 1434.

96- **Blaszczynski, A. & Silove, D.**: Cognitive and behavioral therapies for pathological gambling. Journal of Gambling, vol. (11) 1995. pp. 105-220.

97- **Blaszczynski, A. & McConaghy, N.**: Boredom proneness in pathological gambling, Psychological Reports, vol. 92 No. 1. 1991. pp. 35-42.

98- **Blaszczynski, A. et. al.**: Impulsivity in pathological gambling: The anti-social impulsivity. Journal of Addiction. Vol. 92 no. 1. 1991. pp. 75-88.

99- **Blaszczynski, A.**: Pathological gambling and obsessive-compulsive spectrum disorder. Psychological Reports. Vol. 84 no. 1. 1999. pp107-113.

100- **Blaszczynski, A.**: Views on the treatment of pathological gambling. University of New South Wales, Australia, 1998.

101- **Boyd, W. & Bolen, D.**: The Compulsive Gambler and Spouse in Group Psychotherapy. International Journal of Group Psychotherapy. Vol.1, 1970. pp. 77-90.

102- **Brownell, K. et. al.**: Understanding and preventing relapse. American Psychologist, vol. 41, 1986. pp. 765-782.

103- **Brown, R.**: Classical and operant paradigms in the management of gambling addictions. Behavioral Psychotherapy. Vol. 15 No. 2, 1987. pp. 111-122.

104- **Buchta, R.**: Gambling among adolescents. Journal of Clinical Pediatric. Vol.34 No. 7, 1995. pp. 346-348.

105- **Bujold, A. et. al.**: Treatment of pathological gamblers: An experimental study. Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry. Vol. 25 No. 4, 1994. pp. 275-282.

106- **Campbell, R.**: Psychiatric Dictionary, 6th edition, Oxford University Press, New York, 1989.

107- **CCPG**: Compulsive Gambling Program. California Council on Problem Gambling, USA, 1982.

108- **Cohen, D.**: Essential Psychology. Bloomsbury, Great Britain, 1990.

109- **Coleman, J.**: Abnormal psychology and modern life, 2nd edition, The Free Press, 1956, a division of Macmillan Publishing co. New York.

110- **Clinard, M.**: & Quinney, R.: Criminal Behavior System, 2nd edition, USA, 1973.

111- **Comez, J.**: Psychological and Psychiatric Problem in Men, Routledge, London, 1991.

112- **Coventry, K. & Brown, R.**: Sensation seeking, gambling and gambling addictions. Journal of Addiction, vol. 88, No. 4, 1993.pp. 541-554.

113- **Cumming, W.**: & Cotney, W.: A conceptual model of gambling behavior: Fishbein's theory of reasoned action. Journal of Gambling Behavior, vol. 3, 1987. pp. 190-201

114- **Custer, R.**: When Luck Runs Out, New York, 1985.

115- **Dalby, J.**: Is telephone scatologia a variant of exhibitionism? International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 1988, vol. 32, No. 1, pp. 45-49.

116- **Davison, G. & Neale, Z.**: Unconventional sexual behavior and human sexual inadequacy, Abnormal Psychology, Wiley Inc. New York, 1974, pp. 271-292.

117- **Department of Human Services**: Evaluation of the Minnesota state-funded Compulsive Gambling Treatment Programs. Final Report. Abt. Associates, Inc., 1997.

118- **Devereux, E.**: Gambling. In the International Encyclopedia of the Social Sciences, vol. 17, Macmillan, New York, 1979.

119- **Dickerson, M.**: The prevalence of excessive and pathological gambling in Australia. Journal of Gambling Behavior, vol. 4, 1988, pp. 135-151.

120- **Dickerson, M.**: Compulsive Gamblers, Longman, London, 1984

121- **Dickerson, M. & Weeks, D.**: Gambling: a social problem. Journal of Social Issues, vol. 35, 1979, pp. 36-42.

122- **Dielman, T.**: Pathological gambling as a source of guilt. Gamblers Anonymous Publishing, USA, 1996.

123- **Dixon, M.**: Manipulating the illusion of control: variation in gambling as a function of perceived control over chance outcomes. The Psychological Record, vol. 50, No. 4, 2000, pp. 705-719.

124- **Dixon, M. et. al.**: Engaging in illusory control during repeated risk-taking, Psychological Report, 1998, pp. 959-962.

125- **Dreyfuss, J.**: Common components of successful intervention with high risk youth in adolescent risk-taking, Sage, London, 1993.

126- **Edward, R.**: Applying a risk-taking perspective in adolescent risk-taking, Sage Publication, London, 1993.

127- **Evans, D.**: An Introductory Dictionary of Lacanian Psychoanalysis, Routledge, London, 1982.

128- **Eysenck, H.**: Encyclopedia of Psychology, The Seabury Press, New York, 1972.

129- **Finell, J.**: Sadomasochism and Complementarity in the interaction of the narcissistic and borderline personality type. Psychoanalysis Review, vol. 76, No. 3, 1992, Fall Press.

130- **Fishbein, M. & Ajzen, I.**: Beliefs, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction. Wiley, Massachusetts, 1975.

131- **Forester, E.**: Group Psychotherapy, john Wiley & Sons. Inc. New York, 1977.

132- **Fowler, D. et. al.**: Cognitive Behavior Therapy for Psychosis: Theory and Practice, Wiley, Canada, 1988.

133- **Franklin, J. & Richardson, R.**: A Treatment Outcome Study with Pathological Gamblers: Preliminary findings and strategies. Seventh International Conference on Gambling and Risk-taking, University of Nevada, 1988.

134- **Freud, S.**: (1928) Dostoevsky and Parricide, in standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, vol.XXI, 1961, pp. 175-196, Hogarth Press, London.

135- **Fuller, P.**: The psychology of gambling, Harper & Row, London, 1974.

136- Gaboury, A. & Ladouceur, R.: Evaluation of a prevention program for pathological gambling among adolescents. Journal of Primary Prevention, vol.14, 1993, pp. 21-28.

137- **Galenson, E.**: The Precursors of masochism in Fantasy, Myth and Reality, Blum, H. et. al, Madison, 1988, pp. 371-380.

138- **Gambler anonymous**: Gambler anonymous Leaflet. A. Publishing, 1984.

139- **Gardner, W.**: A life-span rational choice theory of risk-taking - in Adolescent Risk-taking. Sage Publication, 1993.

140- **Gibson, B. et. al.**: The effect of selective hypothesis testing on gambling. Journal of Experimental Psychology, vol. 3, No. 2, 1997, pp. 126- 142.

141- **Goldstein, A. & Wolpe, J.**: Behavior Therapy in Groups. In Kaplan, H. & Sadock, B. (eds), New Models for Group Therapy, Ditton & co. New York.

142- **Gottschoik, J. & Davidson, R.**: Sensitivity Groups, Encounter Groups, Raining Groups, Marathon Groups and the Laboratory Movement. Dutton co. New York, 1972.

143- **Graham, J. & Lowenfeld, B.**: Personality dimensions of the pathological gambler. Journal of Gambling Behavior, vol. 2. No.1, 1956. pp. 58-66.

144- **Gritchting, W.**: The Impact of Religion on gambling in Australia. Australian Journal of Psychology, vol. 38, 1986. pp. 45-58.

145- **Griffiths, F.**: A case of compulsive gambling treated by hypnosis. The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, vol. 30, 1982, p 145.



146- **Grossman, W.**: Pain, Aggression, Fantasy, and Concepts of sadomasochism. Psychoanalytic Quarterly, 1991.

147- **Groth, M.**: Handbook of Psychological Assessment, 2nd edition, Wiley, New York, 1990.

148- **Hannah, S.**: Counter Transference in Patient Group Psychotherapy. International Journal of Group Psychotherapy, vol. 34, 1984. pp. 257-263.

149- **Harba, L. & Lee, G.**: Gender, gambling, and problem gambling. Journal of Gambling Studies, vol. 12, 1996. pp. 8-101.

150- **Harba, L. & Lee, G.**: Treatment Issues: Explaining variance in problem gambling. Journal of Gambling Studies, vol. 11, 1995. pp. 105-121.

151- **Haas, K.**: Deviant Behaviors. Abnormal Psychology, Van Nostrand Company, New York, 1979.

152- **Herzog, J.**: A Neonatal Intensive Care Syndrome: A Pain Complex Involving Neuroplasticity, Basic Book, New York, pp. 291-300.

153- **Hodgins, H. & El-Guebaly**: Gambling treatment and the processes of change, The WAGNER, vol. 6, No. 26, 2001.

154- **Hollander, E.**: Short-term single-blind Fluvoxamine treatment of pathological gambling. American Journal of Psychiatry, vol. 155, No. 12, 1998. pp. 1781-1783.

155- **Hollander, E. et. al.**: Treatment of pathological gambling with Clomipramine, American Journal of Psychiatry, vol. 149, No. 5, 1992. pp. 1781-1783.

156- **Holmes, D.**: Connecticut's Compulsive Gambling Treatment Program. Department of Mental Health and Addiction Services, USA, 2000.

157- **Hornby, A.**: Oxford English Dictionary, 4th edition, Oxford University Press, London, 1975.

158- **Hulen, D. & Burns, P.**: Differences in pathological gamblers in Arizona, ACCG, inc. USA, 2000.

159- **Irwin, C.**: Adolescent and risk-taking: How are they related? In Adolescent risk-taking. Sage Publication, London, 1993.

160- **Jack, N. & Kerry, N.**: Some comments on masochism and the delusion of omnipotence from a developmental perspective. Journal of the American Psychoanalytic, vol. 39, No. 2, 1991. pp. 307-331.

161- **Jackie, F. et. al.**: Measuring problem gambling in Canada. Canadian Center on Substance Abuse. Canada, 1999.

162- **Jacobs, D.**: What signs to look for with gambling addiction? California Council on Problem Gambling, USA, 1999.

163- **Kaplan, H. & Sadock, B.**: Sensitivity through encounter and marathon groups, Dutton, New York, 1972.

164- **Kapur, R. et. al.**: Group psychotherapy in an acute in-patient setting. Psychiatry, vol. 49, 1986. pp. 337-349.

165- **Kassinove, J.**: Development of the gambling attitude scales: Preliminary findings. Journal of Clinical Psychology, vol. 54, No. 60, 1998. pp. 763-771.

166- **Katy, R.**: Degradation, Humiliation and other turn and mastering trauma with pleasure, Issues in Ego Psychology, vol. 15, No. 1, 1992, pp. 50-55.

167- **Katz, E. & D'Amico, E.**: Effects of alcohol intoxication on the perceived consequences of risk-taking. Experimental and Clinical Psychopharmacology, vol. 5, 1997. pp. 14-23.

168- **Kisker, G.**: The disorganized personality, 3rd edition, Mcgrow Hill Book Company, London, 1985.

169- **Kleinmuntz, B.**: Essentials of abnormal psychology, 2nd edition, Harper & Row Publishers, San Francisco. 1980.

170- **Kleir, R.**: In patient group psychotherapy practice consideration and special problems. International Journal of Group Psychotherapy, vol. 27, 1977. pp. 201- 214.

171- **Kweitel, R. & Allen, F.**: Cognitive processes associated with gambling behavior. Psychological Report, vol. 82, No. 1, 1998, pp. 147-153.

172- **Kyngdon, A. & Dickerson, M.**: An experimental study of the effect of prior alcohol consumption on a simulated gambling activity. Journal of Addiction, vol. 44, No. 5, 1999. pp. 697-707.

173- **Ladouceur, R. et. al.**: Cognitive treatment of pathological gamblers. Behavior Research, vol. 30, No. 12, 1998. pp.1111-1119.

174- **Lopez, V. & Miller, W.**: Treatment approaches for pathological gamblers. Journal of Clinical Review, vol. 17, No. 7, 1997. pp. 689-702.

175- **Lacan, W.**: Superego and defense analysis of masochistic perversion. Journal of Psychoanalysis, vol. 26, 1990. pp. 135-214.

176- **Lejoyeux, M. et. al.**: Impulse-control disorders in alcoholics are related to sensation seeking and not impulsivity. Psychiatric Research, vol. 81, No. 2, 1996. pp. 144-155.

177- **Lesieur, H. & Blume, S.**: The South Oaks Gambling Screen (SOGA) A new instrument for the identification of pathological gamblers. American Journal of Psychiatry, vol. 144, No. 9, 1987. pp. 1184-1188.

178- **Lesieur, H. & Rosenthal, R.**: Pathological Gambling: A review of the literature. Journal of Gambling studies, vol. 7, No. 1, 1991. pp. 5-39.

179- **Lola, I.**: The human side of risk-taking. In adolescent risk-taking. Sage, London, 1993.

180- **Lyng, S.**: Dysfunctional risk-taking: Criminal behavior as edgework. In Adolescent risk-taking, Sage, London, 1993.

181- **Marvin, A.**: Problem gambling. The National Council on Problem Gambling. Inc. Washington, 2000.

182- **Maurer, C.**: An outpatient approach to the treatment of pathological gambling. 6th Conferences on Gambling and Risk Taking, 1980 - 1975. pp. 205-217.

183- **Maze, J.**: Lady Luck is gambler's mother. National Association for Gambling Studies, Sydney, 1987.

184- **McCartney, J.**: A community study of natural change across the addiction. Addiction Reasearch, vol. 4, 1996. pp. 565-83.

185- **McCormic, R.**: The importance of coping skill enhancement in the treatment of the pathological gambler, 1994.

186- **McConaghy, N.**: Assessment and management of pathological gambling. British Journal of Hospital Medicine, vol. 40, 1988. pp. 131-134.

187- **National Academy Press**: Pathological gambling. NAP, Washington, USA, 1999.

188- **Pasternak, A & Fleming, M.**: Prevalence of gambling disorder in a primary car setting. Arch-fam-med. Vol.. 8, No. 6, 1999. pp. 515-520.

189- **Reber, A.**: The Penguin Dictionary of Psychology. Penguin Books, London, 1987.

190- **Rosenthal, R.**: Pathological Gambling, Psychiatric Annual, vol. 22, No. 2, 1992. pp. 72-78.

191- **Rosenthal, R.**: The Psychodynamics of Pathological Gambling: A Review on the Literature. Springfield, USA, 1987.

192- **Shaffer, H. et. al.**: Gambling, Drinking, Smoking and other health a risk activities among employees. American Journal in Medicine, vol. 36, No. 3, 1999. pp. 365-348.

193- **Shaffer, H. et. al.**: Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: A meta-Analysis. Cambridge, Division of addictions, 1997.

194- **Steel, Z. & Blaszczaynski, A.**: Impulsivity, Personality Disorders and Pathological ambling Severity. Journal of Addiction, vol. 43, No. 6, 1998. pp. 895-905.

195- **Stegbauer, C.**: Pathological Gambling. Journal of Nurse Practitioner, vol. 23, No. 9, 1998. pp. 74-82.

196- **Stinchfield, R.**: Gambling treatment outcome. Monitoring system. Minnesota Institute of Public Health, USA, 1999.



197- **Stinchfield, R.**: Prevalence of gambling among Minnesota public school students in 1992 and 1995, Journal of Gambling Studies, No. 1 (13), No. 1, 1997. pp. 25-48.

198- **Stinchfield, R.**: Is treatment for pathological gambling effective. California Council on problem Gambling, USA, 1997.

199- **Sue, S.**: Understanding abnormal behavior. Houghton Miffin, USA, 1997.

200- **Svendsen, R. & Griffin, T.**: Gambling: Choice and Guidelines. Gambling Problem Resource Center, Minnesota, USA, 1999.

201- **Taber, J.**: et. al.: Follow up of Pathological Gambler After Treatment. American Journal of Psychiatry, vol. 144, 1987. pp. 757-761.

202- **Tepperman, J.**: The Effectiveness of short term group therapy upon the pathological gambler and wife. Gambling Studies, vol. 5, 1985. pp. 185-198.

203- **The Wagner**: Comparing DSM-IV criteria for pathological gambling and substance dependence. Massachusetts on Compulsive Gambling, vol. 1, No. 5, 1996. pp.111-113.

204- **Vitaro, F. et. al.**: Impulsivity predicts problem gambling in low SES adolescents. Journal of Addiction, vol. 94, No. 4, 1999. pp. 565-575.

205- **Vitaro, F. et. al.**: Dispositional predictors of problem gambling in male adolescents. American Journal of Psychiatry, vol. 154, No. 5, 1999.

206- **Volberg, R. & Moore, I.**: Gambling and problem gambling among adolescents in Washington State: a replication study, 1996-1999.

207- **Volberg, R. et. al.**: Exploring the links between gambling, problem gambling, and self esteem. Journal of Deviant behavior, vol. 18, No. 14, 1997. pp.321-342.

208- **Walker, M.**: The psychology of gambling. International series in social psychology. Great Britain, 1995.

209- **Wilcox, B.**: Determining risky behavior: Policy perspective on adolescent risk-taking. In Adolescent Risk-taking. Sage, London, 1993.

210- **Wildman, R.**: Gambling: an attempt at integration. Edmonton, Alberta, Canada, 1997.

211- **Zuckerman, M. & Kuhlman, D.**: Personality and risk-taking: common biosocial factor. Journal of Personality, vol. 68, No. 6, 2000. pp. 999-1029.

212- **Zuckerman, M.**: Sensation seeking: Beyond the optimal level of arousal, New Jersey, USA, 1979.

المؤلف في سطور

د. أكرم زيدان

- من مواليد المنصورة ـ جمهورية مصر العربية.
- تخرج في قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة المنصورة وعيّن معيداً بالقسم.
- حصل على درجة الماجستير في علم النفس المرضي والإكلينيكي بتقدير ممتاز، العام ١٩٩٩.
- حصل على درجة الدكتوراه في علم النفس المرضي والإكلينيكي بمرتبة الشرف الأولى مع التوصية بالتداول، العام ٢٠٠٢.
- حصل على دبلوم علم النفس الإكلينيكي بتقدير ممتاز، العام ٢٠٠٠.
- يعمل حاليا مدرسا بقسم علم النفس، في كلية الآداب، جامعة المنصورة.
- شارك في العديد من المؤتمرات العلمية.



سلسلة عالَم المعرفة

«عالم المعرفة» سلسلة كتب ثقافية تصدر في مطلع كل شهر ميلادي عن المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب ـ دولة الكويت ـ وقد صدر العدد الأول منها في شهر يناير العام ١٩٧٨.

تهدف هذه السلسلة إلى تزويد القارئ بمادة جيدة من الثقافة تغطي جميع فروع المعرفة، وكذلك ربطه بأحدث التيارات الفكرية والثقافية المعاصرة. ومن الموضوعات التي تعالجها تأليفا وترجمة :

١ ـ الدراسات الإنسانية : تاريخ ـ فلسفة ـ أدب الرحلات ـ الدراسات الحضارية ـ تاريخ الأفكار.

٢ ـ العلوم الاجتماعية: اجتماع ـ اقتصاد ـ سياسة ـ علم نفس ـ جغرافيا ـ تخطيط ـ دراسات استراتيجية ـ مستقبليات.

٣ ـ الدراسات الأدبية واللغوية : الأدب العربي ـ الآداب العالمية ـ علم اللغة.

٤ ـ الدراسات الفنية : علم الجمال وفلسفة الفن ـ المسرح ـ الموسيقا ـ الفنون التشكيلية والفنون الشعبية.

٥ ـ الدراسات العلمية : تاريخ العلم وفلسفته ، تبسيط العلوم الطبيعية (فيزياء، كيمياء، علم الحياة، فلك) ـ الرياضيات التطبيقية (مع الاهتمام بالجوانب الإنسانية لهذه العلوم)، والدراسات التكنولوجية.

أما بالنسبة إلى نشر الأعمال الإبداعية ـ المترجمة أو المؤلفة ـ من شعر وقصة ومسرحية، وكذلك الأعمال المتعلقة بشخصية واحدة بعينها فهذا أمر غير وارد في الوقت الحالي.

وتحرص سلسلة «عالم المعرفة» على أن تكون الأعمال المترجمة حديثة النشر.

وترحب السلسلة باقتراحات التأليف والترجمة المقدمة من المتخصصين، على ألا يزيد حجمها على ٣٥٠ صفحة من القطع المتوسط، وأن تكون مصحوبة بنبذة وافية عن الكتاب وموضوعاته وأهميته ومدى جدته. وفي حالة الترجمة ترسل نسخة مصورة من الكتاب بلغته الأصلية، كما ترفق مذكرة بالفكرة العامة للكتاب، وكذلك يجب أن تدوّن أرقام صفحات الكتاب الأصلي المقابلة للنص المترجم على جانب الصفحة المترجمة، والسلسلة لا يمكنها النظر في أي ترجمة ما لم تكن مستوفية لهذا الشرط. **والمجلس غير ملزم بإعادة المخطوطات والكتب الأجنبية في حالة الاعتذار عن عدم نشرها**. وفي جميع الحالات ينبغي إرفاق سيرة ذاتية لمقترح الكتاب تتضمن البيانات الرئيسية عن نشاطه العلمي السابق.

وفي حال الموافقة والتعاقد على الموضوع ـ المؤلف أو المترجم ـ تصرف مكافأة للمؤلف مقدارها ألف وخمسمائة دينار كويتي، وللمترجم مكافأة بمعدل عشرين فلسا عن الكلمة الواحدة في النص الأجنبي، أو ألف ومائتي دينار أيهما أكثر (وبحد أقصى مقداره ألف وستمائة دينار كويتي)، بالإضافة إلى مائة وخمسين دينارا كويتيا مقابل تقديم المخطوطة ـ المؤلفة والمترجمة ـ من نسختين مطبوعتين على الآلة الكاتبة.



على القراء الذين يرغبون في استدراك ما فاتهم من إصدارات المجلس التي نشرت بدءا من سبتمبر ١٩٩١، أن يطلبوها من الموزعين المعتمدين في البلدان العربية:

دولة الكويت:

شركة المجموعة الكويتية للنشر والتوزيع
شارع جابر المبارك - بناية التجارية العقارية
ص. ب 29126 - الرمز البريدي 13150
ت 2405321 - 2417810/11 فاكس 2417809

دولة الإمارات العربية المتحدة:

شركة الإمارات للطباعة والنشر والتوزيع
دبي، ت: 97142666115 - فاكس: 2666126
ص. ب 60499 دبي

المملكة العربية السعودية:

الشركة السعودية للتوزيع
الإدارة العامة - شارع الملك فهد (الستين سابقا) - ص. ب 13195
جدة 21493 ت 6530909 - فاكس 6533191

الجمهورية العربية السورية:

المؤسسة العربية السورية لتوزيع المطبوعات
سوريا - دمشق ص.ب 12035 (9631)
ت 2127797 فاكس 2122532

جمهورية مصر العربية:

مؤسسة الأهرام للتوزيع
شارع الجلاء رقم 88 - القاهرة
ت 5796326 فاكس 7703196

المملكة المغربية:

الشركة العربية الأفريقية للتوزيع والنشر والصحافة
(سبريس)
70 زنقة سجلماسة الدار البيضاء
ت 22249200 فاكس 22249214 (212)

دولة تونس:

الشركة التونسية للصحافة
تونس - ص. ب 4422
ت 322499 فاكس 323004 (21671)

دولة لبنان:

شركة الشرق الأوسط للتوزيع
ص. ب 11/6400 بيروت 11001/2220
ت 487999 فاكس - 488882 (9611)

دولة اليمن:

القائد للتوزيع والنشر
ص. ب 3084
ت 3201901/2/3 فاكس 3201909/7 (967)

المملكة الأردنية الهاشمية:

وكالة التوزيع الأردنية
عمان ص.ب 375 عمان - 11118
ت 5358855 فاكس 5337733 (9626)

مملكة البحرين:

مؤسسة الهلال لتوزيع الصحف
ص. ب 224/ المنامة - البحرين
ت 294000 - فاكس 290580 (973)

سلطنة عمان:

المتحدة لخدمة وسائل الإعلام
مسقط ص. ب 3305 - روي الرمز البريدي 112
ت 700896 - 788344 فاكس 706512

دولة قطر:

دار الشرق للطباعة والنشر والتوزيع
الدوحة ص. ب 3488 - قطر
ت 4661695 فاكس 4661865 (974)

دولة فلسطين:

وكالة الشرق الأوسط للتوزيع
القدس/ شارع صلاح الدين 19
ص. ب 19098 ت 2343954 فاكس 2343955

دولة السودان:

مركز الدراسات السودانية
الخرطوم ص. ب 1441 ت 488631 (24911)
فاكس 362159 (24913)

نيويورك:

MEDIA MARKETING RESEARCHING
25 - 2551 SI AVENUE LONG ISLAND CITY
NY - 11101 TEL - 4725488
FAX 1718 - 4725493

لندن:

UNIVERSAL PRESS& MARKETING LIMITED
POWER ROAD. LONDON W 4SPY. TEL
020 8742 3344
FAX: 2081421280



تنويه

للاطلاع على قائمة كتب السلسلة انظر عدد ديسمبر (كانون الأول) من كل سنة، حيث توجد قائمة كاملة بأسماء الكتب المنشورة في السلسلة منذ يناير ١٩٧٨.



قسيمة اشتراك

البيـــــان	سلسلة عالم المعرفة		مجلة الثقافة العالمية		مجلة عالم الفكر		إبداعات عالمية	
	د.ك	دولار	د.ك	دولار	د.ك	دولار	د.ك	دولار
المؤسسات داخل الكويت	٢٥	-	١٢	-	١٢	-	٢٠	-
الأفراد داخل الكويت	١٥	-	٦	-	٦	-	١٠	-
المؤسسات في دول الخليج العربي	٣٠	-	١٦	-	١٦	-	٢٤	-
الأفراد في دول الخليج العربي	١٧	-	٨	-	٨	-	١٢	-
المؤسسات في الدول العربية الأخرى	-	٥٠	-	٣٠	-	٢٠	-	٥٠
الأفراد في الدول العربية الأخرى	-	٢٥	-	١٥	-	١٠	-	٢٥
المؤسسات خارج الوطن العربي	-	١٠٠	-	٥٠	-	٤٠	-	١٠٠
الأفراد خارج الوطن العربي	-	٥٠	-	٢٥	-	٢٠	-	٥٠

الرجاء ملء البيانات في حالة رغبتكم في: تسجيل اشتراك ☐ تجديد اشتراك ☐

الاسم:	
العنوان:	
اسم المطبوعة:	مدة الاشتراك:
المبلغ المرسل:	نقدا / شيك رقم:
التوقيع:	التاريخ: / / ٢٠٠٢م

تسدد الاشتراكات مقدما بحوالة مصرفية باسم المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب مع مراعاة سداد عمولة البنك المحول عليه المبلغ في الكويت.

وترسل على العنوان التالي:

السيد الأمين العام للمجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب

ص. ب: ٢٨٦٢٣ـ الصفاة ـ الرمز البريدي 13147

دولة الكويت



هذا الكتاب

هذا الكتاب هو أول كتاب باللغة العربية عن سيكولوجية المقامر، يحاول من خلاله المؤلف أن يتناول سلوك المقامرة، ليس بوصفه جريمة تتطلب العقاب، وإنما باعتباره مرضا يستوجب العلاج، لذلك يتحدث هذا الكتاب بشيء من التفصيل عن النظريات النفسية للمقامر، مع إشارة سريعة إلى بعض النظريات الاجتماعية والاقتصادية والبيولوجية، وكذلك النماذج الطبية التي تتناول ظاهرة المقامرة. وإذا كان اهتمام الباحثين في الغرب قد انصب حول نظريات المقامرة فقط، فإن الكتاب الحالي يركز على نظريات المقامرة ومشكلات المقامر واضطراباته الشخصية، من خلال مناقشة العديد من القضايا السيكولوجية التي تؤثر في المقامرة وتتأثر بها أيضا، مثل الغرائز الجزئية بأبعادها الأربعة (السادية - المازوخية - النظارية - الاستعراضية)، وسلوك المخاطرة واشتهاء المثير واضطرابات الشخصية المتمثلة في الاكتئاب والهوس الخفيف والقلق والسيكوباتية والانتحار.

ولا يكتفي هذا الكتاب بالرصد فقط، بل يهتم بالتفسير والتحليل والنظر بعمق إلى الديناميات النفسية للمقامر، وفي أحيان كثيرة ينظر هذا الكتاب بل ويعيد النظر في قضايا سيكولوجية كثيرة ومتنوعة من أجل التشخيص والتنبؤ بشقيه: التصنيفي والدينامي، حتى يتسنى رسم اللوحة الإكلينيكية للمقامر المرضي، التي تمكننا من الوصول إلى أنسب الطرق العلاجية، والتي رأى المؤلف أن أنسبها هي طريقة العلاج النفسي الجماعي، مما جعله يتناولها بشيء من التفصيل. ويختتم الكتاب صفحاته من خلال عرض لدراسات الحالة مع بعض المقامرين.



ISBN 99906 - 0 - 157 -7

رقم الإيداع (٢٠٠٥/٠٠٠٠٥)